

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

1137
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean-Charles GILLE

né le 22 Mai 1924 à Trèves (Allemagne)

Licencié ès-sciences

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 1963

APPLICATION DU TEST DE WARTEGG
A DES SCHIZOPHRÈNES.

Président : Mr. Jean DELAY, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean-Charles GILLE

né le 22 Mai 1924 à Trèves (Allemagne)

Licencié ès-sciences

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

APPLICATION DU TEST DE WARTEGG

A DES SCHIZOPHRÈNES.

Président : Mr. Jean DELAY, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
	{ BINET (L.)
Physiologie	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
	{ DOGNON (A.)
Physique médicale	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DUMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.)	Orthopédie	JUDET (R.)
	COUINAUD (C.)		MEARY (R.)
	GILLOT (C.)		POSTEL (M.)
	OLIVIER (G.)		RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	pr. s. ch.	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.)		PIALOUX (P.)
	pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.)
	ABELANET (R.)		LAPIERRE (J.)
	CHOMETTE (G.)	Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.)
	GOUYGOU (Ch.), m. conf.		BINET (J.-P.)
Anesthésiologie	NEZELOFF (Ch.)		CERBONNET (G.)
	ORCEL (L.)		CHATELIN (C.-L.)
Bactériologie	PAILLAS (J.)		DUBOST (Ch.)
	KERN (E.)		DUBOST (Cl.)
Biochimie médicale	VOURC'H (G.)		FAUREL (J.)
	BARBIER (P.)		FLABEAU (F.)
	pr. s. ch.		GARBAY (M.)
	CHRISTOL (D.)		GARNIER (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	LE MINOR (L.)		(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
	TOURNIER (P.)		GERMAIN (A.)
	BAGLIEU Et. m. conf.		LATASTE (J.)
	BOURILLON (R.)		LOYGUE (J.)
	CARTIER (P.)		MERCADIER (M.)
	DREYFUS (J.-Cl.)		NATALI (J.)
Carcinologie	GONNARD (P.)	Pathologie exotique	PELLERIN (D.)
	KRUH (J.)		PERROTIN (J.)
Dermato-Syphiligraphie	JEROME (H.)		ROBERT (H.)
	PLAS (F.)		THOMERET (G.)
Electro-Radiologie	BOIRON (M.)	Pathologie expérimentale	SCHNEIDER (J.)
	DENOIX (P.)		BENHAMOU (J.-P.)
Hématologie	MATHE (G.)		BERTHAUX (P.)
	SELMANN (M.)		BOIVIN (P.)
Histologie	CIVATTE (J.)		CROSNIER (J.)
	DUPERRAT (B.)		HARTMANN (L.)
Hydrologie	LEDoux-LEBARD (G.)		LÉPER (J.) Pr. s. ch.
	BESSIS (M.)		MAURICE (J.)
Maladies infectieuses	BILSKI-PASQUIER (G.)		MIKOL (Cl.)
	DAUSSET (J.)		RICHET (G.)
Médecine légale	DUHAMEL (G.)	Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.)
	COUJARD (R.), pr. s. ch.		BOUVIER (J.)
Médecine du travail	MAROIS (M.)		BOUVRAIN (Y.)
	RACADOT (J.)		BRICAIRE (H.)
Neuro-chirurgie	BESANÇON (F.)		BRISAUD (H.)
	CORNET (A.)		BROCARD (H.)
Neurologie	BOYER (J.) pr. s. ch.		BUGE (A.)
	BLANCHER (G.)		CATINAT (J.)
Obstétrique	CORRE-HURST (M ^{me} L.)		CHRÉTIEN (J.)
	SAPIN-JALOUSTRE (H.)		COBLENTZ (B.)
Ophtalmologie	BASTIN (R.) Pr. s. ch.		CONTAMIN (F.)
	DUPONT (V.)		COURY (C.)
	FOURNIER (E.)		ÉTIENNE (J.-P.)
	GUENIOT (M.)		FREZAL (J.)
	HADENGUE (A.)		FRITEL (D.)
	ALBAHARY (C.)		HENNEQUET (A.)
	PERTUISET (B.)		HIMBERT (J.)
	LAPRESLE (J.)		HOUSSET (E.)
	GRANJON (A.)		LAROCHE (Cl.)
	HERVET (E.)		LESOBRE (R.)
	LE LORIER (G.)		LEVEQUE (B.)
	LEVY (J.)		MACREZ (C.)
	MORIN (P.)		MCHÉAU (L.)
	MUSSET (R.)		NICK (J.)
	ROBEY (M.)		ROYER (P.)
	SENEZE (J.)		TOURNEUR (R.)
	SUREAU (C.)		WOLFRÖMM (R.)
	THOYER-ROZAT (J.)	Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.)
	BRÉGEAT (P.)		LEPERCQ (G.)
	DUBOIS (A.)		MANDE (R.)
	SARAUX (H.)		NOZZICONACCI (P.)
			POLONOVSKI (C.)
			ROSSIER (A.)
			VIALATTE (J.)

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	{ M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibl'othécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TABLE DES MATIERES

	Pages
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	5
I - LE TEST DE WARTEGG CHEZ LE SUJET NORMAL	
Matériel; exécution du test	7
L'imagination visuelle	9
Les goûts dominants du sujet	10
Projection et associations	12
Le tempérament	15
II - LE TEST DE WARTEGG CHEZ LE SCHIZOPHRENE	
Notre enquête à l'hôpital Saint-Michel-Archange	17
Comportement du sujet pendant le test	20
La résonance du sujet aux inductions du test	22
Les associations du sujet pendant le test	26
Contenu des dessins	28
Structure des dessins	35
Evolution avec la maladie	38
III - CONCLUSIONS	41
IV - REMERCIEMENTS	43
V - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45

S O M M A I R E

Résultat de l'application du test projectif des huit dessins (variante du test de Wartegg) à une centaine de malades mentaux dont cinquante schizophrènes à l'hôpital Saint-Michel-Archange à Québec, par comparaison avec deux séries de sujets canadiens-français normaux. Les tests des schizophrènes se distinguent par la fréquence des rejets, les itérations, l'akinétisme, la structure linéaire des dessins, et par des particularités des représentations inanimées et vivantes et de l'agressivité. Cela rend possible l'exploration par le test des divers éléments du syndrome schizophrénique. En outre, la comparaison de tests successifs reflète fidèlement l'évolution de la psychose, d'où un intérêt pronostique. 49 pages, 48 figures, 67 références bibliographiques.

I N T R O D U C T I O N

Le test de Wartegg, sous sa forme originelle ou avec les modifications que lui ont apportées divers auteurs, est souvent utilisé en psychologie : surtout en Allemagne et Suisse, mais aussi aux états-unis et en France. Nous l'avons nous-mêmes pratiqué pendant quelques années sous la direction de Madame Léone BOURDEL en son laboratoire de psychologie appliquée à Paris. A l'issue d'une conférence faite à Beauport (Québec), le Docteur Georges LARUE, médecin-chef de la section des messieurs à l'hôpital psychiatrique de Saint-Michel Archange à Québec, nous a encouragé à le faire passer systématiquement à des malades mentaux de son hôpital. L'étude qui suit est le résultat du travail ainsi effectué pendant l'hiver et le printemps 1963.

Nous commencerons par rappeler le principe du test et de son dépouillement dans le cas du sujet normal. Puis nous donnerons le résultat de son application à des sujets schizophrènes.

Première Partie

LE TEST DE WARTEGG CHEZ LE SUJET NORMAL

MATERIEL : EXECUTION DU TEST

Le matériel du test utilisé est représenté sur la figure 1, où on voit huit cases (1) contenant chacune l'amorce d'un dessin. Il est donné au sujet avec les indications suivantes, destinées à lui expliquer ce qu'on attend de lui, et à le rassurer qu'il ne sera pas jugé sur son habilité graphique :

"Cette feuille représente huit dessins qui n'ont pas été achevés. Ainsi le dessinateur a commencé (montrer la case A) par dessiner ceci puis, au lieu de continuer, il s'est arrêté; et de même (indiquer B et C) pour les autres dessins. On vous demande de compléter à votre idée chacun de ces huit dessins. Ce n'est pas une épreuve d'habilité en dessin et si vous dessinez très mal cela n'a aucune importance. Vous pouvez compléter les dessins dans l'ordre où ils vous inspirent : vous n'êtes pas obligé de les faire dans l'ordre 1-2-3-4-5-6 (indiquer les cases A à F). On vous demande en outre deux choses : d'abord d'écrire quand vous venez de faire chaque dessin ce que vous avez voulu dessiner, ensuite d'indiquer l'ordre dans lequel vous avez complété les dessins. Allez-y, et ne cherchez pas trop à bien dessiner, c'est la spontanéité qui compte".

Si le sujet questionne au sujet du "temps", on lui répond que le temps est noté, mais qu'il n'a pas à y penser : "Ne cherchez pas à aller vite, ce n'est pas une course... Evidemment ne traînez pas exagérément : c'est la spontanéité qui compte. Mais ne pensez pas au temps". Aux autres questions du sujet - par exemple où et comment il faut indiquer ce qui est dessiné et l'ordre des dessins - on répond "comme vous voulez" (et on note les questions). Si au bout de quelque temps le sujet est "bloqué" et ne parvient à compléter aucun dessin on lui dit qu'il peut retourner la feuille s'il le désire (on le fait, mais on la replace dans le sens normal par rapport à lui).

Pendant l'exécution du test il serait intéressant de noter le comportement du sujet et l'expression psycho-motrice de son attitude à chaque phase. Mais le fait de se sentir observé, même discrètement, pourrait fortement nuire à sa spontanéité, et il est préférable de renoncer à ces renseignements complémentaires pour laisser le sujet exécuter son test en paix.

Après le test il peut se révéler utile, lorsque c'est possible, de parler avec le sujet de ce qu'il a exécuté, afin de recueillir des associations d'idées à partir de ses dessins. On peut également, après un intervalle de temps assez long, faire refaire le test au sujet, soit sous la même forme soit sous une forme modifiée (matériel analogue non identique, ou matériel primitif retourné).

(1) Ci-après constamment dénommées, de gauche à droite : A, B, C, D, pour les cases du haut et E, F, G, H, pour les cases du bas.

Le test tel qu'il vient d'être décrit est celui mis au point en France par Mme Léone BOURDEL à partir du test de Wartegg (Réf. 1), alors connu seulement par ouï-dire : c'est pourquoi nous l'appelons "test de Wartegg modifié". Depuis, le test de Wartegg originel a été décrit, avec des méthodes d'interprétation assez différentes, dans des publications américaines (Réf. 2 et 6) et suisse (Réf. 3 et 5); cette dernière propose, en plus de WARTEGG originel, une autre variante très différente. Nous avons reproduit en figure 2 le matériel du test initial de WARTEGG.

Les principales différences entre le test de WARTEGG originel tel que décrit dans la référence 2 et pratiqué à l'Hôpital St-Michel Archange par le Dr. Marcel BOUCHARD, et le test modifié par L. Bourdel, sur lequel nous avons travaillé, sont les suivantes :

1°) Les amorces de dessins ne sont pas tout à fait les mêmes. Ainsi dans le test originel l'amorce de la case F est sobre, positive, rigide, dans le test modifié elle est plus gracieuse, et son axe de symétrie suggère une direction vers la droite et le haut. Plus loin, l'aspect délicat et souple de l'amorce G du test originel est remplacé par une ébauche plus positive et moins évocatrice, etc.. Ces modifications ont une certaine incidence sur les réponses du sujet, stimulant des constellations psychiques légèrement différentes. Le test, certes, est valable et révélateur sous ses deux formes, mais l'existence de deux variantes complique le travail du dépouillement approfondi d'un grand nombre de tests. Egalement, les cases du test originel sont séparées par des espaces noirs (1), ce qui favorise la concentration du sujet sur le dessin qu'il complète dans le moment (2); l'absence de tels cadres noirs dans le test modifié favorise au contraire les cheminement de pensées d'un dessin à l'autre, et donne au sujet la faculté de déborder ou non les cases

2°) Le test modifié présente des mentions imprimées que ne possède pas le test initial. Ces mentions ont une double conséquence :

1 - D'abord, leur présence incite fortement le sujet à ne pas tourner sa feuille (malgré la liberté qui peut lui être donnée lorsqu'on lui administre le test), de sorte que la présence de dessins renversés est au moins fréquente dans le test modifié que dans le test originel, et doit donc être interprétée avec un coefficient de pondération plus élevé.

2 - Ensuite, leur libellé rappelle au sujet qu'il subit une épreuve, qu'il sera évaluée; cela est à rapprocher du fait, signalé plus haut, que le sujet s'inquiète souvent du "temps auquel il a droit". Si cette notion paraît secondaire chez le sujet normal elle risque, en revanche, de déclencher chez le psychopathe des réactions susceptibles de perturber l'exécution du test; aussi, sur le conseil du Dr. Georges LARUE, avons-nous supprimé les mentions du haut de la feuille lorsque nous avons administré le test à des malades mentaux.

(1) Sauf dans la référence 5

(2) Telle est du moins la raison d'être des espaces noircis d'après KING (Réf. 2). Mais LOSSEN et SCHOTT (Réf. 3, p. 57) ont trouvé que si on les supprime les résultats du test ne sont pas notablement notifiés.

3 - Troisième différence : les instructions ci-dessus demandent au sujet d'indiquer en faisant chaque dessin ce qu'il a voulu faire, et de marquer l'ordre dans lequel il a complété les dessins, - instructions nouvelles par rapport au test originel. La première de ces instructions présente l'inconvénient d'inciter le sujet à faire des dessins représentatifs, encore qu'on évite de lui dire "indiquez ce que vous avez voulu représenter" (1). Mais inversement ces deux instructions supplémentaires fournissent les éléments de valeur pour l'interprétation du test : la comparaison, pour chaque case, entre le dessin et l'intention déclarée par le sujet; l'ordre dans lequel le sujet a choisi de compléter les dessins (à interpréter en fonction de la nature des amorces et de la position des cases); enfin le cheminement de la pensée du sujet pendant l'exécution du test, l'expérience prouvant que, souvent, un dessin est induit par association à partir du précédent ou du moins est influencé par lui.

L'IMAGINATION VISUELLE

De par sa nature même, le test des huit dessins est une épreuve d'imagination visuelle. Il donne des indications sur trois qualités de cette faculté chez le sujet : sa rapidité, sa richesse, son originalité. A ce titre c'est un test d'aptitude.

La rapidité s'évalue par rapport aux performances d'un groupe étendu de sujets ayant servi à étalonner le test. Les valeurs extrêmes que nous avons observées sont de trois minutes et d'une heure et trois quarts. Des valeurs moyennes se situent, pour fixer les idées, aux environs de douze minutes en France et quinze minutes au Canada français pour quelques centaines d'étudiants scientifiques du niveau des grandes écoles.

La richesse s'entend de la profusion du dessin proprement dit et de l'abondance des "matériaux" que le sujet a inclus dans le test. La figure 3 donne l'exemple d'un test très pauvre, avec rejet de trois cases, des dessins peu fournis et exprimant peu de choses dans les cinq autres. Les figures 4 et 5 sont au contraire des exemples de tests révélateurs d'une très riche imagination visuelle. Non seulement les dessins en eux-mêmes sont très "fournis" mais ils sont remarquables par le très grand nombre de détails intéressants qui y figurent. On observera de près sous cet aspect les dessins B, C, D, F et G du test 4 et D ou E du test 5.

L'originalité, enfin, s'évalue par rapport aux réponses d'un groupe donné pris comme référence. Comme exemples de réponses banales nous citerons :

- dans le carré A : un soleil, une cible, des fleurs, une roue (motif spécialement fréquent au Canada français), un atome;

- dans le carré C : des poteaux télégraphiques, une route bordée d'arbres, un escalier, une grille, une progression.

(1) En fait nombre de sujet font des dessins non figuratifs, et mentionnent "motif", "dessin géométrique", "sans signification" ou un point d'interrogation.

Au contraire, sont originaux des dessins tels que 4(B, E, F, H) et 5(C, E, H).

Il est assez évident que ces trois qualités de rapidité, richesse et originalité ne doivent pas être évaluées sans discernement. D'une part, un test unique ne suffit pas à les apprécier : pour des raisons fortuites (sujet se trouvant dans des conditions anormales lorsqu'il a passé le test) ou permanentes (sujet sachant qu'il dessine mal et de ce fait "inhibé" par le test) le présent test peut être mal révélateur de la véritable capacité du sujet. C'est pourquoi il est indispensable de l'inclure dans un examen psychologique complet, et de se fonder seulement sur les résultats d'ensemble de ce dernier.

D'autre part, même dans le dépouillement du seul test des huit dessins, l'évaluation de l'imagination visuelle n'a rien d'automatique. Un dessin peut être original ou banal suivant le lot de tests par rapport auquel a été fait l'étalonnage : c'est ainsi qu'un nombre énorme d'ingénieurs interprètent la case H comme une sinusoïde, la case C comme une progression géométrique, etc. : il y a là de l'originalité par rapport aux sujets non-ingénieurs, mais dans le milieu des ingénieurs il s'agit d'une réponse banale. De même, en évaluant l'originalité ou la richesse, on peut être amené à tenir compte du temps passé par le sujet sur le test : le fait que les sujets 3 et 4 ont passé tous deux dix minutes à dessiner (alors que le sujet 5 a pris une heure et trois quarts) renforce encore la richesse et l'originalité des dessins 4.

LES GOÛTS DOMINANTS DU SUJET

Les dessins faits par le sujet doivent aussi être envisagés du point de vue de la nature de ce qu'ils représentent ou évoquent : une chose, une personne (ou un animal), une idée, de l'action. La prédominance de tel ou tel type de représentation est révélatrice des goûts dominants du sujet.

Nous donnons aux figures 6 à 9 quelques exemples extrêmes. La figure 6 montre un test où le sujet a exprimé de façon constante et accentuée des idées abstraites; même les deux seuls dessins (A et C) qui représentent autre chose que des idées pures comporte une idée : en A c'est le "thème" du soleil, en C se superpose à la représentation des trois animaux l'idée d'une cariatide. Sur la figure 7 le sujet a présenté huit personnes. Au contraire le test de la figure 8 représente (sauf en H) essentiellement des objets. Quant à la figure 9, on notera qu'à peu près chaque dessin évoque une action, un mouvement : en A le lapin mange, en B "l'eau vive" coule, en C le soleil rayonne, en D la flèche est dirigée vers le centre du motif, en E le canot tire, en F les naseaux du taureau fument, l'Indien du dessin G a "la nache la ceinture" (action en puissance).

De manière générale le "sujet moyen" représente plus de choses que de personnes; il évoque plus de personnes que d'idées, enfin le test n'évoque chez lui de l'action que de façon modérée, même indirecte. Cette notion est fondamentale pour pondérer l'importance relative des types de représentation; ainsi la présence de deux dessins évoquant fortement l'action a plus de signification que quatre dessins de choses : l'existence de sept dessins évocateurs d'action dans le test de la figure 9 est chose tout-à-fait exceptionnelle et dénote dans les goûts du sujet une importance rare de l'action.

D'autre part, à l'intérieur d'une catégorie, de nombreuses caractéristiques méritent d'être notées. En dessinant des objets tel sujet représentera essentiellement des objets utilitaires (chaise, téléphone, bateau...), tel autre des objets d'ornement (vase, collier...), etc.. Les représentations d'êtres vivants peuvent être les animaux les plus variés, des visages aux expressions diverses, qui méritent une analyse détaillée. Les idées peuvent être des idées abstraites, l'adjonction d'une histoire expliquant le dessin, une atmosphère d'ensemble, etc.. Autant de facteurs qui permettent de nuancer la nature des goûts spontanés du sujet.

L'étiquetage "idée", "action", "chose" ou "personne" d'un dessin donné peut paraître facile à première vue. En réalité il est souvent délicat et peut prêter à de nombreuses hésitations. Certains objets évoquent si fortement une idée, de l'action ou des personnes, que l'élément "chose" n'y est pas le seul, voire même n'y est pas prédominant. Par exemple un échiquier est un dessin du type idée ou idée-chose; un filet à papillon, objet qui n'existe qu'en fonction du geste de le lancer pour attraper des êtres vivants, devra être coté chose-action. Selon la manière dont elle est représentée et selon le contexte général, une cible--dessin fréquent dans les cases A et F--doit être considérée essentiellement comme évoquant une idée (si les chiffres sont figurés), un objet (la cible elle-même), une action (le tir) : lorsque le sujet dessine une flèche dirigée vers la cible, l'élément d'action se trouve souligné, lorsque les chiffres des anneaux sont indiqués explicitement cela peut correspondre à l'idée de précision ou au souci de représentation fidèle de l'objet, etc.. De même le soleil est quelquefois plus qu'une chose : c'est une personne lorsque, comme en 4-D, le sujet le dessine sous forme d'un visage qui cligne malicieusement de l'oeil; rayonnant (fig. 9 où il "inonde la route"), il évoque l'action; enfin en 6-A on a affaire à une idée, puisque le sujet précise qu'il s'agit du "thème du soleil".

L'importance de ces tendances spontanées du sujet vers les personnes, les choses, l'action ou les idées est évidente du point de vue de l'orientation professionnelle : il n'est pas besoin d'insister sur les inconvénients qu'il y aurait à faire travailler en atelier sur des machines-outils un sujet exclusivement orienté vers les idées et les personnes; inversement des intérêts prédominants pour les personnes constituent une bonne indication pour une profession de relations. De même--l'adaptation est un processus qui implique la réciprocité--les réactions d'un milieu donné à l'égard du sujet dépendent fortement des tendances ci-dessus : c'est ainsi qu'il y a une forte corrélation entre le nombre de personnes représentées dans le test et la "popularité" du sujet au cours d'expériences de psychosociologie (Réf. 58, p. 263).

Cette évaluation des tendances spontanées d'intérêt du sujet devra, elle aussi, être vérifiée par d'autres tests. Par exemple les sujets malhabiles à dessiner évitent parfois de dessiner des personnes, parce qu'ils sentent que leur maladresse apparaîtra davantage dans le dessin d'un visage que dans celui d'un vase ou de marches d'escalier, et d'autres tests révéleront mieux l'intensité de l'intérêt qu'ils portent aux êtres.

PROJECTION ET ASSOCIATIONS

Le sujet introduit dans le test, par un mécanisme de projection, divers éléments de sa psyché inconsciente. A ce titre c'est un test projectif, au même titre que l'écriture, le test de Rorschach, le thematic aperception test (TAT), le test du village, etc.. Il présente, en commun avec l'écriture et en opposition avec le Rorschach, le TAT, etc. l'avantage que la présence d'un psychologue n'est pas nécessaire pendant la durée de son exécution puisque "l'administration" du test consiste uniquement à donner des instructions simples, à laisser faire le sujet sans s'occuper de lui, puis à noter le temps d'exécution. De plus le résultat du test tient sur une feuille de papier, remplie par le sujet lui-même, et plus aisée à classer dans un dossier et revoir ultérieurement qu'un protocole de Rorschach ou de TAT.

Le principe de l'interprétation d'un dessin repose sur la notion qu'en faisant un dessin le sujet révèle une partie de sa personnalité : en un sens très général, tout dessin est un autoportrait. Cette notion est à peu près évidente (1). Mais admettre cette vérité de principe ne résoud pas le problème pratique, en présence d'un dessin, de remonter de lui à la personnalité de son auteur. C'est une tâche complexe et délicate, où l'expérience et l'intuition synthétique doivent compléter l'analyse.

La nature des dessins indique déjà, comme on l'a vu plus haut, les intérêts de leur auteur. Les représentations humaines sont pratiquement toujours des autoportraits : leur attitude et expression révèle des traits du caractère du sujet, et les représentations du sexe opposé des éléments de ce qu'il y recherche. Les animaux expriment, comme chez Esope, des sentiments et situations humains. Quant aux objets, comment leur dénier une valeur d'autoreprésentation lorsque, comme pour le bateau de la figure 10-H, le sujet précise lui-même qu'il est perdu "dans la nuit, cherchant la lueur du phare" ?

-
- (1) Si elle n'a été formulée en termes psychologiques précis que depuis qu'on s'intéresse à la psychologie des oeuvres d'art plastique, en matière littéraire elle a toujours été admise. Chateaubriand n'a pas attendu les découvertes de la psychologie moderne pour écrire : "On ne peint bien que son propre coeur en l'attribuant à un autre". En poésie il est fréquent que le poète exprime ses sentiments en les prêtant à un animal ("La Mort du Loup" de Vigny, "L'albatros" de Baudelaire) ou en attribuant une âme à un objet ("Le Vase Brisé" de Sully-Prudhomme). Si dans la poésie française du XIXème siècle l'identification est généralement explicite, elle reste souvent à l'état de suggestion dans la poésie allemande ou russe. Mais elle n'en est pas moins réelle. Qui ne comprend que c'est son état d'âme que Lermontov attribue aux nuages ("Nuages du ciel, voyageurs éternels.. vous quittez le Nord, exilés comme moi, et voguez vers le Sud. Qui vous chasse ? un arrêt du destin ? une envie secrète ? ou un crime pèse-t-il sur vous ? une trahison d'amis ? Non : vous êtes las des campagnes stériles...") et que c'est sa situation psychologique qu'il décrit en évoquant un bateau à voile sur la mer ("Blanc, solitaire dans le brouillard bleu de la mer. Que va-t-il chercher dans les contrées lointaines ? Qu'a-t-il quitté au pays natal... ? Dans sa révolte il recherche la tempête, comme si c'est dans la tempête qu'il devait trouver le repos") ?

Souvent il y a matière à hésiter entre nombre d'interprétations possibles. Parfois le dessin lui-même suggère si fortement une attitude, une situation affective qu'il faudrait être aveugle pour ne pas l'interpréter : c'est le cas des tunnels ou des couloirs obturés par une porte noire (fréquents en D); des barreaux de prison ou fils barbelés (en C); des croisements de route (en E ou F) suggérant une hésitation ambivalente; des représentations de personnages couronnés, roi ou évêque, révélatrices d'ambition sociale ou de préoccupation vis-à-vis du père, du chef, etc.. Mais souvent l'examineur peut être très perplexe à cause de la potentielle multivalence des symboles : un serpent (motif fréquent en B et H) est-il un symbole phallique ? le sujet a-t-il songé au signe de la médecine (caducée) ? ou bien le sujet se représente-t-il sous les traits d'un animal rampant et rusé ? ou redoute-t-il la ruse d'autrui ? ou bien encore s'agit-il du symbole vieux comme le monde du serpent à la fois dangereux par son poison, et salvateur par sa sagesse et le renouvellement de sa mue ? Il est bien difficile de répondre. En tout cas il ne peut y avoir de réponse unique a priori, de "dictionnaire des signes" donnant automatiquement la "traduction" de tel motif. De plus l'expérimentateur doit se garder de donner une interprétation issue de sa propre psychologie, i.e. de se projeter lui-même dans le test.

Dans de tels cas difficiles l'interprétation sera aidée par deux guides précieux : le symbolisme spatial, et la comparaison avec les autres dessins.

La notion de symbolisme de l'espace, ^{depuis} introduite par Max PULVER (Réf. 44, p. 15-26) et couramment utilisée par les graphologues, apporte une lumière importante pour l'interprétation du test. En principe les quatre dessins du bas expriment la personnalité du sujet et ses modes fondamentaux de comportement, alors que dans les cases du haut s'inscrit plutôt l'expression de ses rêves, de son imagination, de ses aspirations intellectuelles; ainsi une cible en A - et le sujet y dessine généralement une cible abstraite - correspond à un sens intellectuel du but à viser, alors qu'une cible en G (les points noirs représentant les impacts des balles) doit être interprétée dans un sens plus matériel - et en G le sujet dessine presque toujours une cible bien concrète. D'autre part les dessins de gauche correspondent à la personnalité propre du sujet pris en lui-même, et ceux de droite expriment davantage son attitude dans la société : ainsi une impossibilité ou une difficulté à remplir la case D correspond à une difficulté d'expression, à une inhibition d'origine sociale; une incapacité à remplir la case E (et F) au contraire exprime une difficulté venant des problèmes intérieurs du sujet en lui-même. Cette notion de symbolisme de l'espace ne doit pas être appliquée de façon trop systématique - à ce titre nous ne saurions approuver entièrement l'extrême précision de certaines interprétations proposées par BIEIMA et d'ALFONSO (Réf. 5, ch. VIII) - mais, maniée avec le discernement nécessaire, elle constitue une base tout-à-fait valable (1).

(1) Indépendamment de la justification de la notion de symbolisme spatial en général on constate dans le test que la nature des dessins faits dans les diverses cases vérifie de façon générale l'interprétation psychologique des polarités haut-bas et droite-gauche. Nous avons de plus, procédé plusieurs fois à l'expérience suivante : à des sujets auteurs de tests hétérogènes avec fortes différences entre les dessins en bas à gauche et les dessins en haut à droite nous avons, après quelques mois,

Comme exemple d'illustration de cette notion de symbolisme spatial : la case E, du fait de sa position, en bas à gauche, est a priori la plus apte à révéler les tendances profondes du sujet. L'amorce consiste en deux traits perpendiculaires : l'un part en quelque sorte du sujet pour se diriger vers le haut et la droite; l'autre barre en quelque sorte le chemin. On conçoit donc que le dessin qu'y fait le sujet testé soit caractéristique de son attitude fondamentale en présence d'un obstacle, i.e. de son activité volontaire(2). De fait on distingue d'emblée l'attitude inhibée du sujet timide (fig. 20) qui ne dépasse pas le milieu de la case, l'attitude constructive du sujet qui intègre les deux parties de l'amorce en un dessin structuré (4, 13) et le comportement "mélodique" du sujet qui s'adapte à une difficulté en tournant l'obstacle (17). Il n'est pas étonnant que cette case E se prête de façon privilégiée à l'expression de la combativité, voire de l'agressivité du sujet (au moins en puissance, aux figures 4, 9, 13, 21) : fait trouvé par G. Marian KINGET dans son étude sur le test de Wartegg originel, et que nous avons constaté à notre tour avec une remarquable fréquence en utilisant le test modifié, avec des sujets normaux et encore davantage avec des malades mentaux.

Le second auxiliaire du psychologue pour interpréter un dessin est la comparaison avec les autres dessins, une interprétation ne devant en règle être retenue que si plusieurs dessins la suggèrent. L'indication par le sujet de l'ordre d'exécution des dessins est à cet égard fondamentale, car elle permet de retracer la marche suivie par sa pensée subconsciente lorsqu'il effectuait le test (3).

Chaque dessin apparaît comme une association induite par le dessin précédent. Ce fait est de la plus haute importance, car on sait en psychologie analytique qu'un rêve, par exemple, ne peut être interprété que si on connaît la situation consciente du sujet (4) et si on dispose de ses associations à propos des contenus à analyser : grâce à l'indication de l'ordre d'exécution, le psychologue dispose de cet élément indispensable d'information.

fait refaire le test mais cette fois renversé (la case D avec le carré noir se trouvant alors en bas à gauche) : la même hétérogénéité s'est retrouvée que dans le premier test. Ces expériences tendraient à montrer que le symbolisme de l'espace, i.e. la position relative des cases, est au moins aussi important pour stimuler le sujet que les amorces qui y figurent. Cela rejoint une observation faite par LOSSEN et SCHOTT (Réf. 3, p. 57) sur le fait que des changements apportés aux amorces n'affectent guère les réponses du sujet.

- (2) L'étude, en graphologie, des barres de t est un excellent moyen d'étudier la volonté du scripteur : de fait la situation, du point de vue de la symbolique spatiale, est très analogue, le trait vertical de la lettre jouant le rôle de la barre-obstacle.
- (3) L'ordre des dessins indique aussi les cases qui ont le plus ou le moins inspiré le sujet.
- (4) En matière d'examen psychologique les questionnaires peuvent remplir ce rôle, voisin de celui de l'anamnèse.

On sait depuis C.G. JUNG que les associations libres finissent toujours par aboutir à un complexe. A ce titre le test des huit dessins est une méthode d'investigation de la structure de l'inconscient du sujet. Nous citerons deux exemples particulièrement significatifs pour montrer comment le test révèle ainsi certains noeuds de préoccupation du sujet. Dans les dessins de la figure 11, exécutée par une jeune fille de vingt ans, chemine la pensée de la rencontre avec le sexe opposé, sous forme sexuelle (en B, G et A, comme le révèlent le sujet des dessins et les représentations phalliques) et sous la forme du désir d'un foyer (E). Toute la figure 10 rumine littéralement les sentiments de solitude (G, D, C, E), d'ambivalence (A, E, B, croissants en F) et d'échec, avec ses routes aboutissant à un tunnel ou à une impasse (1).

LE TEMPERAMENT

Les tests projectifs se prêtent particulièrement bien à l'étude de certaines structures de personnalité. Il serait intéressant de rechercher comment le "type" du sujet se traduit par le test des huit dessins, en fonction de diverses typologies. Par exemple, la schizothymie ou cyclothymie du sujet testé se saisit, de façon évidente, très facilement dans la majorité des cas. La référence déjà citée de G. Marian KINGET donne des indications assez précises sur les manifestations de l'émotivité et de la primarité-secondarité; en tâchant de systématiser la traduction de l'activité on doit donc pouvoir déduire du test le type du sujet au sens d'Heymans-Le Senne.

Ci-après nous indiquons, tel que nous l'a enseigné Léone BOURDEL, le principe de la détection par le test du "tempérament psychobiologique" rythmique, mélodique, harmonique ou complexe. On trouvera dans les références 63 (p. 13-17) et 64 (p. 84-184) la description du contenu de ces termes et l'analyse détaillée des caractéristiques de ces quatre tempéraments de base.

Le tempérament rythmique se traduit dans le test essentiellement par la répétition. On note aussi une tendance à la linéarité-angulosité du dessin (même dans les cases dont les amorces suggèrent des courbes) et fréquemment à l'abstraction. La figure 12 est un bon exemple de répétition, notamment en A, D, E, F, et H; l'exemple 6 cité plus haut est également typique, avec sa répétition stéréotypée des notions abstraites de complément en D, F, H, de symétrie en B, E, F; en 13 la répétition est visible dans la structure presque de chaque dessin; en 14, on notera la répétition typique de D, et les hachures (répétitions des droites parallèles) en B, C, F, G, la linéarité-angulosité est visible également dans ces exemples. La tendance à l'abstraction est surtout accentuée en 6. Ces caractéristiques du dessin expriment très bien l'ininfluencabilité relative du tempérament rythmique, sa continuité dans l'action et sa fréquente sécheresse affective.

(1) Dans ce cas les associations verbales du sujet, le test une fois terminé, corroborent l'interprétation freudienne de certains motifs (notamment seins maternels des montagnes en D, et E) qu'il serait prudent de ne risquer qu'à titre d'hypothèse sur le seul vu du test.

Le tempérament mélodique se traduit par la recherche des courbes (même quand les amorces suggèrent des droites), la tendance à enrichir d'ornements les dessins, et à bien remplir les cases. Les figures 15 et 16 en sont de bons exemples. On y suit facilement l'aisance syntone, l'adaptation facile à la sociabilité du sujet mélodique, ainsi que son besoin de contact. La figure 17 montre en E la manière typique dont le mélodique s'adapte à une difficulté en tournant l'obstacle.

Le tempérament harmonique s'exprime par des dessins sobres, volontiers centrés dans les cases dont ils n'atteignent pas les bords. Surtout ces dessins sont vivants, même si le sujet est malhabile à dessiner, par la répétition non identique (au rebours de celle du sujet rythmique), et par un sens instinctif des proportions harmonieuses. La figure 13 montre un test typiquement harmonique : on observera notamment les dessins B, C, D et H. De même pour le test 19, notamment les dessins C, E, et G, et le test 20. De telles caractéristiques expriment la psychologie harmonique, affective et vibrante, délicate dans ses sentiments et sélective socialement, facilement inhibée dans un milieu hostile (voir 20-E).

Le tempérament complexe, enfin, s'exprime par la coexistence indissociable des éléments harmonique, mélodique et rythmique. L'aspect est souvent "cafouilleux", trop chargé (avec "bourrage" des cases), et on note la fréquente dissociation de certains dessins. Les exemples 5 et 21 sont typiques à cet égard, en 5 le seul dessin E, par exemple, renferme des éléments harmonique, mélodique, et rythmique, et il évoque des choses, des idées, des personnes et de l'action; la présence d'éléments harmonique, mélodique et rythmique dans un ensemble complexe est également nette en D. De même le test 21 est révélateur d'une personnalité complexe avec une forte composante rythmique (visible notamment en C, D, G); l'élément complexe est très visible en E et H, la dissociation est en outre présente en B, C et G. On saisit ainsi pour le vif la psychologie du sujet complexe, gros de possibilités dont la richesse le gêne, insatiablement avide, attiré par tout et toujours insatisfait.

Le principal intérêt de ces tempéraments psychobiologiques provient du fait qu'ils sont corrélés au groupe sanguin (resp. B, O, A et AB) du sujet. Cette relation entre les groupes sanguins et le tempérament, suspectée par Paul CARTON (Réf. 45, p. 16) et étudiée par Karl F. SCHAEER (Réf. 47) en Suisse, a été définitivement établie, et appliquée dans de nombreux domaines par L. BOURDEL (Réf. 49 et 63) en France, en fonction des tempéraments psychobiologiques définis ci-dessus : découverte qui a le très grand mérite d'isoler une des composantes héréditaires à transmission mendélienne de la personnalité.

On trouvera des indications générales sur cette corrélation dans les références 63 et 64. Dans nos études sur le test des huit dessins nous avons constaté qu'elle se vérifie de façon frappante. Nous avons en outre observé qu'elle est plus nette dans le sens sang-tempérament pour les sujets B et AB (i.e. pratiquement tous les sujets B et AB réagissent au test selon un tempérament psychobiologique resp. rythmique et complexe), et inversement dans le sens tempérament-sang par les sujets A (i.e. lorsqu'un test est harmonique il y a très grande probabilité que le sujet soit de sang A).

Deuxième Partie

LE TEST DE WARTEGG CHEZ LE SCHIZOPHRENE

NOTRE ENQUETE A L'HOPITAL SAINT-MICHEL ARCHANGE

Sur l'encouragement du Dr. Georges LARUE nous avons fait passer le test de Wartegg modifié à une centaine de malades mentaux, choisis d'après les critères suivants : (1) ont été exclus les patients en état de confusion ou en période aiguë; (2) ont été spécialement retenus des malades dont les troubles étaient bien connus des médecins de l'hôpital et le diagnostic considéré comme solidement établi.

Notre enquête a porté sur quatre-vingt-neuf patients. Au début nous avons administré le test à des patients affligés d'affections mentales diverses (1). Après une soixantaine d'expériences il nous a semblé que les schizophrènes constituent un lot mieux individualisé et plus facile à interpréter dans ce genre d'enquête : nous avons alors, plus spécialement, fait dessiner des schizophrènes. D'autre part nous avons chaque fois, en vue d'études ultérieures, recueilli des spécimens de l'écriture des patients.

Au total notre enquête a concerné :

50 cas de schizophrénie dont :

31 sans élément paranoïde (schizophrènes simples, hébéphréniques ou hébéphréno-catatoniques)

19 avec élément paranoïde

4 psychoses schizo-affectives

12 psychoses maniaco-dépressives

12 cas d'affections diverses : réaction schizophrénique, paranoïa, traumatisme frontal, épilepsie, psychose hallucinatoire alcoolique, syndrome de Korsakoff, "psychopathies" diverses

11 débiles mentaux considérés comme non malades mentaux.

(1) Il y avait parmi nos malades un seul dessinateur spontané (un psychopathe), qui nous a offert spontanément une collection de ses oeuvres. Chez un autre (traumatisme frontal) la passation du test déclancha un intérêt pour le dessin, et il continua pendant quelques jours à faire, sur tous les papiers, cartons, etc. qu'il avait à portée, des dessins inclus dans des cases en forme de carré. R. VOLMAT indique (Réf. 32, p. 139) que dans un hôpital psychiatrique en moyenne 2 % des malades peignent spontanément.

Nous avons retenu pour le présent travail les 54 cas de schizophrénie et de psychose schizo-affective. De ces 54 cas nous avons mis à part : un cas pour des raisons de milieu (malade d'origine roumaine, non intégré au groupe canadien-français) et trois cas pour rejet du test (rejet total pour deux; rejet de sept des huit dessins pour le troisième). Il nous reste ainsi un total "rond" de cinquante malades :

28 schizophrènes simples, hébéphréniques ou hébéphréno-catatoniques

18 schizophrènes paranoïdes

4 cas de psychose schizo-affective.

Tableau I

CARACTERISTIQUES DU GROUPE TESTÉ

	Schizophrènes simples et hébéphréno- catatoniques	Schizophrènes paranoïdes	Psychoses schizo- affectives	Total
Âges :				
moyen	28	34	28	30
extrêmes	24 et 42	25 et 46	20 et 41	20 et 46
Groupe sanguin :				
A	18	9	1	28 = 56%
O	6	7	3	16 = 32%
B	2	0	0	2 = 4%
AB	1	1	0	2 = 4%
inconnu	1	1		2 = 4%
Niveau d'instruction:				
Université	3	3	1	7 = 14%
intermédiaire	12	9	3	24 = 48%
pas complété le primaire	13	6	0	19 = 38%
Total	28	18	4	50

Tous ces malades sont canadiens-français (1). Tous sont de sexe masculin. Les caractéristiques du groupe sont résumées dans le tableau I. On notera que la proportion des sujets de groupe sanguin A est plus élevée que la moyenne

(1) Deux sont d'origine irlandaise : l'un est de langue française et l'autre est bilingue. Un troisième est d'ascendance maternelle irlandaise. Mais même ces trois sujets sont nés et ont été élevés dans le Québec.

de la population (1) chez les schizophrènes simples ou hétérophrénocatatoniques : tendance dans le sens annoncé par la référence 64 (p. 121-122). Il y avait au contraire davantage de O chez nos maniaques-dépressifs, ce qui est conforme à une corrélation connue (Réf. 65). Toutefois nos chiffres sont faibles et n'autorisent pas à affirmer le caractère significatif de cette relation de prédominance de sang A (l'application du critère du chi carré indique que la probabilité d'obtenir nos chiffres est de 0,25 à 0,30, donc très supérieure aux seuils habituellement admis) (2).

Pour vérifier et préciser nos résultats nous avons chaque fois comparé le dépouillement de notre série de 50 schizophrènes avec deux séries de sujets normaux, également canadiens-français du sexe masculin :

a) une série de 22 malades de médecine générale de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu (ci-après : série I);

b) une série de 175 étudiants de première année de la Faculté des Sciences de l'Université Laval (ci-après : série II).

Leurs caractéristiques essentielles sont les suivantes :

	Série I	Série II
Ages :		
moyen	42,5	21 ans
extrêmes	19 et 65	
Niveau d'instruction :		
Université	9 %	100 %
intermédiaire	64 %	
pas complété le primaire	27 %	

(1) La répartition en groupes sanguins de la population de Québec et de sa région est la suivante (d'après une statistique de 1 200 malades de médecine générale et 550 membres du personnel de l'Hôtel-Dieu, obligeamment établie par R. LOISEL) : A = 45-46%, O = 41-42%, B = 10%, AB = 3%, soit une répartition très voisine de celle de la France (avec légèrement plus de A).

(2) Il est dans notre intention de poursuivre ultérieurement le présent travail avec des séries plus importantes.

Nous sommes conscients de l'imperfection de ces deux séries. La première représente un milieu socio-culturel voisin de nos schizophrènes, mais l'âge moyen est plus avancé; elles est malheureusement trop peu nombreuse, ce qui interdit d'affirmer le caractère significatif de la plupart de nos chiffres(1). La seconde est plus nombreuse; elle est très homogène, mais provient d'un milieu socio-culturel plus élevé, et l'âge moyen est plus bas. La série idéale de comparaison serait une série de malades de médecine (ou chirurgie) générale de même âge moyen que nos schizophrènes, mais hospitalisés depuis plusieurs mois (pour éliminer l'influence exogène sur le psychisme du facteur "internement") : condition qui rend une telle série assez difficile à établir, les malades subaigus ou chroniques étant en règle nettement plus âgés. Nous avons pensé que nos deux séries permettent quand même un travail de comparaison plus intéressant que nos dossiers de Paris car, quelles que soient leurs imperfections, elles appartiennent, comme nos malades mentaux, au très homogène peuple canadien-français.

Nous avons été précédés dans notre idée d'appliquer le test des huit dessins à des malades mentaux par quatre auteurs, travaillant tous sur le test original de Wartegg : W. PFEIFFER (Réf. 10) et H. ROST (Réf. 13) en Allemagne, S.M. LUZA (Réf. 12) au Pérou, enfin M. BOUCHARD, L. BOURGOIN et R. PETITCLERC au Québec (Réf. 14). Quand nous avons effectué notre travail nous avons connaissance seulement du quatrième de ces travaux, par le Dr. Bouchard qui soumet au test de Wartegg tous les malades qui entrent dans son service. Ce fait nous a permis de procéder à d'intéressantes comparaisons, dont il sera question plus loin.

ADMINISTRATION DU TEST : COMPORTEMENT DU SUJET

Faire passer le test des huit dessins à des schizophrènes est, ainsi qu'on peut s'y attendre, plus difficile que de le faire passer à des sujets normaux. Cela tient à la difficulté d'attention et de concentration de ces malades, et aussi à des réactions négatives de leur part.

a) Mise en route

Dès le début l'objection "je ne sais pas dessiner", non exceptionnelle chez le sujet normal, est à peu près de règle chez le schizophrène. Dans quelques cas elle est dirimante, et le sujet refuse définitivement, (même s'il est sollicité à plusieurs jours d'intervalle) d'exécuter le test. Ces cas sont très rares : sur cinquante-quatre sujets nous n'en avons observé que deux. Il s'agissait de "vieux malades" très détériorés; dans le premier cas le refus, hautain, méfiant et non motivé, est peut-être en rapport avec des idées délirantes de grandeur, dans le second il paraît s'agir plutôt d'un apragmatisme extrême.

(1) Il est dans notre intention de poursuivre ultérieurement le présent travail avec des séries plus importantes.

Plus souvent le sujet cherche à refuser, alléguant généralement son incapacité ("je serai pas capable", je n'ai pas d'idée dans le moment"). Les paranoïdes s'inquiètent fréquemment de la qualité de la personne qui administre le test (médecin, psychologue ou psychiatre ?) et du fait qu'ils vont être jugés : "que va-t-on faire ensuite de cela ?" "il me faut un modèle ; sans modèle cela ne veut rien dire", etc.. Mais un peu d'insistance arrive à vaincre le négativisme du sujet.

Du reste il arrive souvent que le sujet se mette au travail sans qu'il soit besoin d'encouragement ni d'explications.

Ces observations concordent tout-à-fait avec ce qu'avaient noté BOUCHARD, BOURGOIN et PETITCLERC (Réf. 14, p. 668-669) : "Admettons que nous avons éprouvé certaines difficultés à obtenir la coopération des malades de façon satisfaisante. Cependant, leur temps de production fut relativement court, une fois mis au travail. Quand nous avons insisté, nous nous sommes butés à leur "je n'ai pas d'idée pour cela dans le moment". Nous croyons donc qu'il n'est pas essentiel de minuter le travail de ce genre de malades. Ils peuvent rester stériles, incapables de répondre au test pendant un, deux, trois jours; puis à l'occasion, ils vont le compléter en quelques minutes. Si nous voulons savoir comment les schizophrènes simples peuvent projeter leurs travers de personnalité par ce médium, il faut leur laisser la liberté de décider du moment où ils accepteront de se soumettre à notre examen".

b) Pendant le test

Une fois mis en route, le malade poursuit l'exécution du test. Deux particularités sont à noter par comparaison avec le sujet normal.

D'abord, le négativisme initial reste en puissance pendant toute l'exécution du test : à tout moment le sujet est susceptible de s'arrêter, alléguant, pour ne pas poursuivre, l'objection qu'il avait faite initialement pour ne pas commencer. Presque toujours des encouragements et un peu d'insistance arrivent à vaincre cette inertie. Les seules exceptions rencontrées ont concerné trois cas : deux malades "calèrent" irrémédiablement après avoir rempli quatre cases; un vieil hébéphrène, après avoir tracé un rond autour de l'amorce A, déclara : "cela suffit : je vous ai montré ce que je sais faire, maintenant je ne suis plus capable; j'ai suffisamment de travail par ailleurs, j'ai déjà bien travaillé comme ça" -- et, les jours suivants, il réitéra son refus de poursuivre, en des termes presque identiques.

Ensuite, le malade oublie presque toujours, au cours de l'exécution du test, une partie des instructions : notamment, d'indiquer l'ordre des dessins et d'écrire au fur et à mesure ce qu'il a voulu faire. Attendre la fin du test pour compléter ces renseignements comporte deux inconvénients : d'abord l'incertitude sur l'ordre exact suivi, ensuite la difficulté accrue de savoir, dans le cas très fréquent où il s'agit de dessins géométriques très pauvres en rapport avec l'amorce, comme à la figure 27, si le sujet a voulu dessiner quelque chose, ou bien s'il interprète après coup un dessin initialement anidéique. Pour ce raisons, après divers essais, nous avons fini par adopter une méthode différente de l'attitude de mise avec le sujet normal : nous avons suivi le patient, au moins pendant le premier tiers de l'exécution du test, pour lui rappeler les consignes en cas de nécessité.

c) A la fin du test

Des divers malades mentaux que nous avons examinés les schizophrènes, du fait de leur apathie, ont été en moyenne les plus avares en commentaires et en questions.

Quelquefois le sujet, une fois terminée l'épreuve, nous a demandé "est-ce bien ?". Quelquefois il a manifesté le désir de savoir si la façon dont il a passé cette épreuve est en rapport avec sa sortie de l'hôpital : réaction qui n'a rien de pathologique, au contraire. Les paranoïdes, ici aussi, font plus fréquemment des réflexions, telles que "j'aurais pu faire mieux, mais je n'ai pas dessiné depuis longtemps", etc..

LA RESONANCE DU SUJET AUX INDUCTIONS DU TEST

Chacune des huit amorces pose au sujet un problème d'adaptation à une situation imposée, puisqu'il doit construire un dessin et l'y intégrer. Le test est donc une épreuve d'adaptation. C'est par cet aspect que nous commencerons l'étude des réactions du schizophrène, parce que c'est l'un des plus révélateurs de ses troubles. De manière générale, la réaction du sujet schizophrène à l'induction d'une amorce est négative, i.e. il est incapable de résoudre le problème d'adaptation posé.

a) Rejet complet

Dans les cas accentués il s'agit du rejet pur et simple du dessin pour une case, qui reste vierge.

Deux de nos 54 schizophrènes ont rejeté le test dans son ensemble, et un troisième sept cases sur huit. Des 50 de notre série proprement dite, 2 ont rejeté quatre cases (exemple figure 22), 2 autres deux cases, 6 enfin une case : soit un total de dix-huit cases rejetées sur 50 tests : proportion de 36 rejets pour 100 tests, ce que nous exprimerons en abrégé par la formule "36 % de rejet par test". Ce chiffre est nettement plus élevé que le chiffre correspondant des séries normales :

Rejets complets

Schizophrènes	36 % des tests
Série I	11,5
Série II	13 %

b) Non-intégration

Dans d'autres cas on observe une totale non-intégration de l'amorce : le sujet fait un dessin dans la case en ignorant complètement l'induction du test. Un exemple typique est donné en figure 23.

L'interprétation psychologique de ce trait caractéristique est aisée à saisir : l'amorce sollicitant du sujet adaptation à une réalité objective, le fait de l'ignorer correspond à son manque de contact avec la réalité. C'est l'expression dans le test de l'autisme, trouble essentiel de la schizophrénie. Les lignes suivantes de MINKOWSKI (Réf. 43, p. 173) consacrées à ce phénomène expriment à la lettre le comportement du sujet auquel nous venons de faire allusion : "Les liens subtils et insaisissables qui rattachent cet élan, à chaque instant, au devenir ambiant, semblent maintenant rompus... L'élan personnel apparaît alors dans sa nudité effarante; le schizophrène plante là son acte de son oeuvre, dans le monde ambiant, sans se préoccuper des exigences de celui-ci, comme si, au fond, il n'existait pas du tout... Nous parlerons ici... de perte de contact avec la réalité... il s'agira là d'autisme pauvre, de même que dans les cas où l'élan personnel s'arrête et se brise entièrement."

Le plus souvent certaines amorces sont ignorées et d'autres mieux correctement intégrées. Il est alors intéressant de voir lesquelles ont sollicité avec succès l'adaptation du patient, et ce point mériterait une étude spéciale approfondie qui pourrait s'appuyer d'une part sur la "physionomie" des diverses amorces (1) et d'autre part sur la position des cases en fonction du symbolisme spatial.

Soit par exemple le test de la figure 35 : il y a rejet pur et simple de B et D; A et H sont à peu près intégrés; puis, en C, F et E apparaît l'autisme pur (induit sans doute par A et C respectivement). Par contre l'amorce G est remarquablement assimilée et transformée en un dessin dissocié certes, mais parfaitement adéquat au stimulus. De même dans la figure 23, où six amorces sont purement et simplement ignorées, il est frappant de constater sur deux cases sinon une adaptation du dessin au stimulus, du moins une certaine résonance à celui-ci : l'une est la case F, où la forme évasée a inspiré l'image d'une souche d'arbre; l'autre est le carré H, où la courbe de l'amorce, qui suggère souvent chez le sujet normal des représentations vivantes et spécialement féminines, a inspiré à notre schizophrène la représentation d'un coeur dans la moitié supérieure de la case !

Dans cette perspective le rejet d'un grand nombre de cases, voire de l'ensemble du test, apparaît comme l'incapacité du sujet, à cause de son autisme, de s'adapter à aucune des situations induites dans les diverses cases. On saisit ainsi sur le vif le négativisme schizophrénique et comme il correspond, non à une "volonté" d'opposition du sujet, mais à son incapacité de sentir, de résonner aux stimuli extérieurs : c'est l'indifférence du schizophrène, élément de dissociation de sa vie affective.

(1) Citons à ce sujet les lignes suivantes de G.M. KINGET (Réf. 2, p. 35) : "les amorces ont pour but de stimuler l'activité associative et graphique... Chacune d'elles a une "physionomie" particulière, en d'autres termes elle exprime un certain nombre de qualités inhérentes à sa forme et structure (sa Gestalt). Cette valeur expressive des amorces sert en quelque sorte de résonateur pour la sensibilité du sujet; elle permet d'explorer la manière de percevoir, de sentir et d'associer. La capacité, ou l'incapacité, du sujet à intégrer ces stimuli dans des dessins qui mettent en évidence leurs qualités propres indique son affinité pour, ou son insensibilité à, ces qualités... L'ensemble des stimuli fait ainsi du test un outil sûr et nuancé pour l'étude de la structure des perceptions et émotions du sujet".

c) Répétition des amorces

La réaction du sujet à l'induction d'une amorce peut fréquemment revêtir un autre aspect très caractéristique : la répétition pure et simple de l'amorce. La figure 25 en donne un exemple typique : le malade a répété les amorces tantôt dans les cases -- ce qui est le cas habituel -- tantôt dans l'espace libre laissé en-dessous des cases. L'exemple de la figure 26 présente un phénomène analogue, mais avec une légère variante : la tendance à répéter le motif dans une case voisine : B en A, C en D, D en H (1). De même qu'on appelle écholalie "l'impulsion... à répéter comme un écho les paroles répétées devant eux" le comportement noté ici pourrait d'appeler échoplastie (2).

La signification de ce mode de réaction est presque toujours celle d'une non-intégration. Si l'amorce à compléter est comparée à une question qui appelle une réponse, réagir par répétition consiste à répéter la question, ce qui n'est en aucune façon une manière de la résoudre. C'est dire que la répétition est pratiquement l'équivalent d'un rejet (3). Si on tient compte de cette dernière notion pour évaluer les rejets chez les sujets schizophrènes et normaux on obtient une différence encore bien plus significative que tout-à-l'heure :

Rejets (y compris répétition pure et simple de l'amorce)	
Schizophrènes	74 % par test
Série I	11,5
Série II	15 %

Pour essayer de donner une interprétation psychologique à cette réaction de répétition de l'amorce, nous comparerons de nouveau l'amorce en face de laquelle nous sommes mis, à une question qui nous est posée pour que nous y trouvions une réponse. Si la question nous surprend il nous arrive de commencer par la répéter de façon quasi-automatique pendant le temps où nous n'avons pas encore achevé le processus d'adaptation qui nous permettra de répondre. Ce temps se prolonge si la question nous désoriente (4) et a fortiori si nous

-
- (1) On peut remarquer en passant que cette tendance existe parfois chez le sujet normal (le sujet, par exemple, passant de F en G, c'est en G qu'il dessinera une corne d'abondance, suggérée en réalité par l'amorce F) où elle est un indice de suggestibilité; or dans le cas du malade de la figure 26 il se trouve bien que la suggestibilité est au premier plan des caractéristiques de son comportement.
 - (2) Pour éviter le terme "échographie", qui désigne l'impulsion à répéter plusieurs fois de suite les mots écrits.
 - (3) Il y a exception lorsque la répétition parvient à constituer une véritable construction géométrique, ou lorsque le sujet ajoute après coup une interprétation (fig. 27).
 - (4) Par un mécanisme extrêmement voisin de la "réaction de complexe" de Jung.

n'arrivons pas à la comprendre; il est long également chez le sujet du type schizoïde-rêveur. Tout se passe comme si le schizophrène mis en présence de l'amorce se trouvait dans cette situation d'une question qu'il ne peut "réaliser" : sa réponse consiste à la répéter automatiquement (1) de sorte qu'on peut paradoxalement considérer sa réaction aussi bien comme une réaction négativiste (puisqu'il n'apporte pas de réponse) et aussi comme une manifestation de suggestibilité, d'influencabilité passive. Tout cela illustre ce qu'écrivent, dans leur manuel classique, HENDERSON et GILLEPSIE (Réf. 60, p. 328-329) à propos des schizophrènes : "Il n'est pas rare qu'ils se montrent intensément négativistes... Cependant ils peuvent obéir automatiquement à tous les ordres. D'autres symptômes communément présents sont l'écholalie et l'échopraxie".

d) Conclusion: valeur diagnostique

Le rejet d'un ou plusieurs dessins est plus fréquent chez le schizophrène que chez le sujet normal : dans nos dossiers canadiens-français (2) il y a environ trois fois plus de rejets complets, et cinq fois plus de réponses par répétition des amorces. Il faut toutefois noter que l'intégration est un processus de création complexe qui concerne plusieurs opérations psychiques élémentaires, de sorte que sa déficience peut provenir d'autres causes que la tendance autistique. Chez les débilés mentaux nous avons observé de nombreuses réponses par répétition de l'amorce, et quelquefois des non-intégrations frappantes, provenant apparemment d'un défaut de compréhension des consignes du test : ce point mériterait d'être précisé par l'étude d'une série assez importante de tests de débilés mentaux.

-
- (1) Chaque fois qu'un sujet réagissait au test en répétant systématiquement les amorces nous avons, à la fin du test, essayé de discuter la question avec lui pour nous rendre compte que son comportement ne provenait pas d'une incompréhension des consignes, et éventuellement pour stimuler des réponses intégrées. Dans le cas de nos schizophrènes nous avons chaque fois dû constater aux explications et/ou à l'attitude du sujet qu'intellectuellement il avait bien compris les consignes, et que sa réponse était bien le produit de la réaction de l'ensemble de sa personnalité : on retrouve bien ici la dissociation schizophrénique. Un seul malade, paranoïde, nous a donné après coup la justification suivante du fait qu'il se bornait à reproduire fidèlement les amorces : "il est impossible de faire mieux que ce n'est".
- (2) Il est à noter que les rejets sont nettement plus nombreux chez les sujets normaux en France qu'au Québec. S'il fallait risquer une interprétation nous dirions (d'après l'expérience que nous avons de deux milieux) que la rareté des rejets au Canada français correspond dans la mentalité à un élément de docilité passive dans l'exécution des tâches prescrites, qui est plus accentué là-bas qu'en France. Cela serait peut être corroboré par le fait que depuis quelques années les rejets deviennent nettement plus rares en France aussi.

LES ASSOCIATIONS DU SUJET PENDANT LE TEST

On vient de voir comment la réaction du sujet au problème de l'adaptation à une amorce exprime essentiellement l'autisme schizophrénique. Quel est maintenant le comportement dynamique du sujet lorsqu'il passe d'un dessin à l'autre, i.e. quelle est l'allure de la marche de ses associations pendant le déroulement du test ?

Le fait majeur qui semble, de ce point de vue, caractériser le comportement du schizophrène est la tendance à la répétition, à l'itération : ayant adopté un mode de réaction en présence d'une case il tend à le reproduire tel quel aux cases suivantes.

Cette caractéristique apparaît de façon extrêmement frappante sur la figure 28, où le sujet commence le test en répétant l'amorce A à la case B, puis itérativement, comme par contamination, aux cases C, E, F, G et H; à ce moment, sollicité de terminer le test, il répète en A et D l'amorce E. On voit également en 29 se répéter de case en case le même processus d'intégration pauvre, consistant ici à tracer des traits à partir des points d'arrêt des amorces. Le sujet de la figure 30 réagit en joignant par des droites les extrémités des amorces : processus qu'il répète six fois; en A et D il joint de même les angles opposés des cases. En 31 on observe un phénomène analogue, mais portant sur les interprétations plus que sur les dessins : sur huit cases il y a trois grilles et deux châssis.

Cette tendance se trouve, moins accentuée évidemment, chez certains sujets normaux (Fig. 6 et 12), où elle est un signe de tempérament rythmique et souvent de constitution paranoïaque. Elle exprime l'indépendance du comportement rythmique par rapport aux influences du milieu, i.e. en somme sa schizophrénie constitutionnelle, et la raideur du paranoïaque, i.e. sa non-adaptation. Chez le schizophrène nous trouvons ces deux traits pathologiquement grossis c'est l'aspect psycho-moteur de la discordance schizophrénique, la catatonie, élément essentiel de la maladie même s'il n'en domine pas le tableau. Stéréotypie, inertie, automatisations, défaut d'initiative motrice en lieu et place de la variété adaptée des associations du sujet normal : telle est la traduction graphique de cette "momification existentielle".

La répétition, de dessin en dessin, du même processus de réaction à une case est un phénomène de stéréotypie, élément fondamental classique du style des dessinateurs schizophrènes. On n'y trouve aucune allusion dans l'ouvrage classique de D. ROGUES de FURSAC (Réf. 15), dont le chapitre consacré aux dessins des malades mentaux (p. 275-302) étudie le contenu des dessins (et y recherchant surtout la représentation des délires) et non leur structure. Par contre E. KRAEPELIN avait déjà noté ce trait des dessins de schizophrènes : puisqu'il écrivait dès 1919 (Réf. 41, p. 57-58) : "dans les dessins de ces patients apparaissent invariablement d'une part l'incohérence, de l'autre la persistance de l'impulsion motrice. La figure 10 représente un de ces dessins dénués de sens, enfantins, qu'un patient produisait chaque jour en grande quantité; ce sont d'étranges combinaisons de traits où prolifèrent des indices de stéréotypie... C'étaient d'interminables répétitions de la même forme fondamentale".

Plus récemment P. GUIRAUD (Réf. 46) a précisé de façon générale et en détail le syndrome de stéréotypie, et G. FERDIERE (Réf. 19, 20, 23 et 28) a mis en évidence son importance comme caractéristique des dessins de schizophrènes (1). Selon sa terminologie ce syndrome se compose de deux éléments :

- la "fixation invariable", consistant à répéter le même dessin pendant des jours et des semaines;
- l'itération, ou "répétition immédiate d'un acte verbal ou moteur qui, une fois terminé, est répété sans utilité un certain nombre de fois".

Dans nos expériences sur le test des huit dessins c'est le second élément -- l'itération -- qu'il nous a été donné d'observer. Si on y ajoute le fréquent syndrome, analysé plus haut, de répétition de l'amorce en guise d'intégration (2), on est amené à résumer le comportement du schizophrène vis-à-vis du test en une expression unique : la "tendance à l'échoplastie itérative". Cela veut dire en français que l'on décèle chez le schizophrène une double tendance : d'une part, répéter les amorces, et d'autre part transposer son comportement d'une case à l'autre de façon stéréotypée.

Du point de vue de la valeur diagnostique, l'itération nous a paru extrêmement évocatrice de schizophrénie puisque, sur le total de 89 patients que nous avons examinés (54 schizophrènes et 45 "divers"), les cas d'itération indiscutable de case à case étaient sans exception des schizophrènes. Toutefois il ne faut pas oublier que la stéréotypie n'est pas l'apanage de la schizophrénie hébéphréno-catatonique : dans sa référence déjà citée GUIRAUD donne une liste d'une douzaine d'affections où des éléments de ce syndrome peuvent être présents; par exemple la tendance à l'itération peut exister également chez les pseudo-bulbaires, les encéphalitiques, dans les syndromes de Pick et d'Alzheimer. Ce point serait intéressant à préciser par le test de Wartegg.

Quoi qu'il en soit nous espérons avoir montré que les dessins les plus pauvres des schizophrènes, ces tracés anidéiques presque informes qui ressemblent, dans la perspective de la psychologie normale, à des quasi-rejets du test, présentent un incontestable intérêt, puisqu'ils nous font directement pénétrer dans deux mécanismes essentiels de la maladie : l'autisme et la discordance psycho-motrice.

(1) Une autre caractéristique sur laquelle insiste Ferdière, le "bourrage", n'est pas apparue dans les tests de notre série. Signalons que, dix ans avant Ferdière, GUIMAN et MACLAY (Réf. 18), dans un travail rarement cité en France, avaient déjà fait une étude approfondie des dessins de schizophrènes, concernant à la fois le contenu et la structure, et avaient notamment analysé le syndrome de stéréotypie.

(2) Dans la référence 19 FERDIERE parle de la "synédésis", installation de la stéréotypie sur l'échec de l'activité synéditique, sans donner davantage d'explication. Peut-être s'agit-il exactement du phénomène que nous avons observé ?

LE CONTENU DES DESSINS

Il a été expliqué plus haut comment, pour dépouiller le test chez le sujet normal, il est commode d'étudier ses goûts dominants en classant les contenus introduits en quatre catégories : choses, personnes (et animaux), action, idées. Nous allons étudier successivement ces quatre catégories chez le schizophrène :

a) Les choses

Les représentations d'objets sont, comme chez le sujet normal et même davantage, les plus nombreuses quantitativement.

Mais les choses représentées par le schizophrène présentent un caractère particulier, mis en évidence par BOUCHARD, BOURGOIN et PETITCLERC (Réf. 14, p. 669 et 675) que nous ne pouvons faire mieux que citer : "les formes de cet ordre sont en grande partie constituées par des objets à la portée des yeux de nos malades. Ce qui témoigne de leur pauvreté imaginative. Ces objets sont, évidemment, aussi variables que le milieu immédiatement ambiant : cigarette, peigne, articles de cuisine, toile de fenêtre, horloge, crucifix... Ces productions reviennent de façon vraiment stéréotypée chez d'aucuns : les huit cadres consistant en autant de meubles ou d'ustensiles de cuisine. Elles ont, d'ailleurs, presque toujours négligé les stimuli". Les figures 32 et 33 (test du haut) de notre collection illustrent parfaitement ces observations.

A cela on peut ajouter deux remarques : D'abord, aux objets utilitaires se trouvant à la portée des yeux des malades il faut souvent ajouter les objets qui ont constitué leur environnement avant leur internement : choses de la campagne et de l'agriculture, notamment (Fig. 34), chez les sujets cultivateurs nombreux à l'hôpital Saint-Michel-Archange dont une partie notable des malades vient de la région agricole de la Beauce (au sud-est de Québec).

Ensuite, à côté d'une forte prédominance d'objets typiquement "terre-à-terre", nous avons trouvé une proportion d'astres bien plus élevée que chez le sujet normal : soleil, lune, globe terrestre, planètes, étoiles, nébuleuses (exemples aux figures 35 et 36). Les fréquences sont en effet les suivantes :

Représentations d'astres

Schizophrènes	40 % des dessins
Série normale I	31
Série normale II	12

Il y a en outre une différence qualitative. Le sujet normal dessine en général des astres non pour eux-mêmes mais dans le cadre d'un paysage, qui constitue vraiment le dessin. Celui-ci est alors intitulé "nuit étoilée avec clair de lune", "paysage de campagne au soleil levant", etc.. Le schizophrène, au contraire, dessine des corps célestes pour eux-mêmes, presque toujours sans paysage autour; il s'agit en outre généralement d'astres morts, leurs soleils ne rayonnant pas. Les chiffres sont éloquentes :

Modalités des représentations d'astres (% des tests)

	: % d'astres dessinés : : pour eux-mêmes :	: % d'astres inclus : : dans un paysage :	Rapport
Schizophrènes	: 34 %	: 6 %	: 5,7
Série normale I	: 18	: 13	: 1,67
Série normale II	: 12 %	: 10,3 %	: 0,54

Comment interpréter cette tendance à l'évocation d'objets cosmiques ? Peut-être tout simplement par la perte du contact avec le réel des schizophrènes qui vivent "dans d'autres mondes" et expriment ainsi leur solitude, "Le monde des schizophrènes, écrivait FERDIERE (Réf. 28) est bien celui de leurs oeuvres : déserts (Lochwelt), horizons sans bornes, d'où toute vie semble se retirer et qu'éclaire un froid soleil de fin du monde".

b) Les personnes

Lorsqu'on feuillette l'ensemble du dossier de nos cinquante tests de schizophrènes on recueille d'emblée l'impression de dessins peu vivants, où dominant de loin les représentations de choses. On songe aux lignes de MINKOWSKI (Réf. 43, p. 121) : "Invité à écrire sa biographie, le malade le fait sur de nombreuses pages, mais, circonstance bien caractéristique, il n'y est question que d'objets, de murs, de caisses, de verrous, de targettes; aucune personne vivante n'intervient. On dirait que sa vie n'est constituée que d'objets solides et immuables".

Si on soumet cette pauvreté en représentations vivantes au contrôle des chiffres on trouve qu'elle est réelle, sans être extrême :

Représentations de personnes et animaux

Schizophrènes	: 12 % des dessins
Série normale I	: 15 %
Série normale II	: 18 %

Mais, ici aussi, la différence est au moins autant d'ordre qualitatif que quantitatif. Les représentations humaines et animales des schizophrènes présentent, de façon générale, des traits caractéristiques dont les plus fréquents nous ont paru les suivants :

- distorsion, par des déformations qui font perdre à l'image de l'être vivant ses qualités essentielles d'harmonie;
- akinétisme, i.e. les figures sont remarquablement inertes, sans la moindre note de vie, de mouvement;
- tendance au schématisme, le visage ou l'animal étant presque toujours réduit à un contour et à une indication sommaire des yeux, du nez et de la bouche; on peut en rapprocher le flou général : les traits restent dans le vague, souvent rien n'indique le sexe du sujet représenté;

- parfois contour incomplet ou même absent, de sorte que l'être représenté apparaît mal séparé du milieu ambiant;
- l'aspect général est souvent fantomatique, par résultante des caractéristiques précédentes; l'expression comporte un élément "inquiétant" avec un regard à la fois anxieux et passif, assez difficile à préciser, mais frappant; elle donne presque toujours une profonde impression de tristesse;
- on observe des pièces anatomiques séparées, plus souvent que chez le sujet normal, et des masques.

Sur la figure 37 on observe le schématisme et l'akinétisme en B et D, et en outre en B l'aspect fantomatique de ce visage distordu, passif, non séparé de l'espace sous-jacent. Mêmes remarques en 38. En 39, où le dessin est plus riche, distorsion et akinétisme sont au premier plan. La figure 40 comporte trois représentations humaines schématisées (homme-fil-de-fer en D), avec d'importants éléments morbides en A (aspect inquiétant de masque, non-séparation de l'espace péri-jacent) et B (distorsion par discordances, akinétisme). Mêmes caractéristiques pour les quatre représentations vivantes de la figure 41. En 42, éléments anatomiques : membres isolés.

L'identification de ces caractéristiques dans les dessins de schizophrènes n'est pas une nouveauté. Par exemple I. JAKAB mentionne (Réf. 31, p. 76-79 et 126) les discordances, l'aspect inquiétant et l'akinétisme, dont elle donne un exemple saisissant : des "loups courant... (qui) paraissent être étalés sur la surface du papier, faisant l'impression d'être couchés dans des positions étranges et drôles au lieu de produire l'effet du mouvement" (exactement comme dans notre figure 42 A et B). S. LEVY (Réf. 33, p. 104) insiste sur la valeur diagnostique de l'akinétisme : "si un dessin est une sorte de figure mécanique complètement inerte l'analyste doit chercher d'autres signes de dépersonnalisation et de psychose". J. MONTAGUE (Réf. 40, p. 379) signale la fréquence des membres isolés, l'expression anxieuse et l'aspect fantomatique (ghostlike). E. HAMMER (Réf. 34, p. 401) cite l'absence de sexe des dessins de schizophrènes, et la tendance à laisser floue la frontière entre le sujet dessiné et l'espace péri-jacent, et elle y voit des signes du sentiment de dépersonnalisation, de perte d'identité.

L'interprétation de ces anomalies est assez évidente si on admet la notion de projection. Les déformations attestent un trouble profond de la personnalité; l'akinétisme témoigne de l'apragmatisme (voir aussi l'absence de membres antérieurs de la souris en 41-H), le schématisme de la sécheresse affective. L'expression "inquiétante" exprime l'anxiété du sujet, et son apathie. Les masques évoquent un facteur ludique possible (Réf. 2/, p. 160-163), encore que discuté (Réf. 39, p. 78-85), dans la production de schizophrènes. -- Un élément moins classique, mais intéressant, d'interprétation a été mis en évidence par R. VOLMAT (Réf. 32, p. 193-195) : l'existence, dans certains dessins de schizophrènes, d'un "contenu-fuite" traduisant le thème de la deshumanisation. Distorsion et masques entrent déjà dans ce cadre, mais Volmat cite des exemples de métamorphose en animal, végétal ou minéral. Nous possédons un dessin (test du haut de la figure 43) qui, à côté de plusieurs figures "inquiétantes", comporte en D un étrange dessin moitié femme et moitié bloc de bois. On peut supposer (mais non affirmer, faute d'avoir pu recueillir les associations du patient immédiatement après l'exécution du test) qu'il s'agit du thème archetypique de la transformation en statue, comme dans le célèbre cas de Flournoy étudié par C.G. JUNG (Réf. 57, p. 56-57) ou dans le mythe de Loth transformée en statue de sel.

Quelle est la valeur diagnostique de ces particularités ? Il y a là un vaste problème difficile et nous nous bornerons aux indications suivantes.

L'aspect "inquiétant" (fantomatique, anxieux-passif) semble un bon signe, sans être évidemment pathognomonique. En le définissant par notre impression personnelle subjective (aussi bien est-il difficile à traduire en termes objectifs) nous sommes parvenus aux chiffres suivants :

Proportion des expressions "inquiétantes"

	: Inquiétants	: Non-inquiétants	: Rapport
Schizophrènes	: 20 % des tests	: 6 % des tests	: 3
Série normale I	: 13	: 2,5	: 0,19
Série normale II	: 0,43 %	: 5 %	: 0,08

Si on ajoute aux visages à l'expression "inquiétante" les représentations schématisées, réduites à un contour ou presque, ou au contour incomplet, les chiffres sont encore nets :

Proportions des représentations humaines "anormales"

	: Anormales	: Non-anormales	: Rapport
Schizophrènes	: 44 %	: 6 % des tests	: 7
Série normale I	: 9	: 45	: 0,2
Série normale II	: 11	: 41	: 0,28

Pour établir ce dernier tableau nous avons mis à part (donc n'avons compté ni comme normales ni comme anormales) :

- les représentations dont le caractère caricatural est volontaire d'après l'interprétation indiquée par le sujet;
- les représentations anatomiques, pour la raison suivante : L'une d'elles : le dessin -- presque toujours en A -- d'un oeil isolé apparaît bien plus fréquemment chez le sujet normal (il traduit souvent, surtout lorsque c'est le premier dessin, l'intérêt de curiosité que le sujet porte au test):

Fréquence du motif "oeil"

Schizophrènes	: 8 % des tests
Série normale I	: 13,5 %
Série normale II	: 14 %

Quant aux autres représentations anatomiques (membres isolés, etc.) nous ne les avons pas trouvées plus fréquentes chez le schizophrène que chez le normal (1), contrairement aux auteurs qui nous ont précédé (Réf. 13 et 14).

(1) La même observation s'applique aux masques.

Nous ignorons s'il s'agit de différences entre nos séries, ou si le caractère frappant de telles représentations, et leur fréquence comme dans les protocoles schizophréniques du test de Rorschach n'a pas pu conduire à surestimer leur fréquence objective. Quoi qu'il en soit, il existe, ici encore, une différence qualitative, les représentations anatomiques de schizophrènes présentant presque toujours un caractère mort, brisé, discordant qui attire l'attention.

En résumé les signes suspects qui nous ont semblé les plus fidèles sont : la distorsion, la schématisation, la réduction à un contour ou le contour incomplet, l'aspect fantomatique, l'expression "inquiétante" et l'akinétisme complet. L'oeil isolé est plus rare que chez le sujet normal; les autres représentations anatomiques et les masques ne semblent pas plus fréquents.

Si évocatrices de morbidité que soient les caractéristiques qui viennent d'être évoquées, elles ne permettent naturellement pas d'affirmer la schizophrénie ipso facto. D'abord leur présence chez le sujet normal est rare, mais possible; nous possédons de nombreux tests de sujets au comportement normal et considérés comme tels par leur milieu, où les représentations humaines présentent des caractères franchement morbides. D'autre part la maladresse à dessiner, du sujet normal peu exercé ou du débile mental, peut elle aussi aboutir à un schématisme, avec dessin réduit à ses contours, ou aux contours incomplets; et la nécessité de tenir compte des amorces du test favorise les distorsions. Enfin nous avons constaté l'expression anxieuse passive avec akinétisme dans la phase dépressive des psychoses circulaires.

La valeur diagnostique des signes suspects dans les dessins libres pour affirmer la schizophrénie a été étudiée par des auteurs américains : d'une part S. et R. FISHER, et de l'autre J.O. HOLZBERG et M. WEXLER. Nous n'avons pu trouver leurs articles; d'après E. HEIDGERT qui les analyse dans la réf. 9 (p. 490-491) les premiers se fondent surtout sur l'expression et l'attitude et se seraient heurtés à des difficultés, les seconds utilisent une méthode de dépouillement analytique à 174 titres et auraient obtenu des corrélations significatives. Par contre STONESIFER (Réf. 25), après l'étude statistique approfondie d'une série de 57 sujets schizophrènes et d'une série comparative de 109 sujets sains, déclare n'être parvenu à aucune différence significative. Outre le problème pratique d'établir la validité des éléments diagnostiques, il y aurait, pensons-nous, un grand intérêt théorique à étudier à fond les représentations humaines de schizophrènes du point de vue de leurs rapports avec les dessins d'enfants ou de primitifs. Les ressemblances sautent d'emblée aux yeux lors de l'examen le plus superficiel, et nombre d'auteurs y ont insisté (par exemple Réf. 31, 32). Il vaudrait la peine d'étudier sous cet angle les représentations humaines de façon à préciser l'intérêt et les limites de l'analogie qu'implique le terme de "régression" schizophrénique, comme l'a fait N. CAMERON (Réf. 59, p. 59) abordant le problème par un côté différent.

Enfin les représentations de personnes et animaux dans les tests ont un autre intérêt que le seul intérêt diagnostique : leurs changements au cours de la psychose permettent de suivre l'évolution de celle-ci. On verra au chapitre suivant comment les figures se déshumanisent lors des poussées de la maladie, et comment lors des régressions elles reprennent de l'harmonie, de la vie, du relief. C'est peut-être là que gît le plus grand intérêt pratique des représentations d'êtres vivants : dans leur valeur pronostique.

c) L'action

Les indications de mouvement dans les protocoles de schizophrènes sont remarquablement rares et pauvres. On vient d'insister sur l'akinétisme des représentations vivantes. De même les choses apparaissent inertes et statiques: soleils qui ne rayonnent pas (Fig. 44 A), voitures qui ne donnent aucune impression de vitesse (celle de la figure 23 E est même littéralement embourbée dans l'immobilité !) Même lorsque le texte évoque une action (Fig. 42 A et B, Fig. 40 E) le dessin ne suggère aucun mouvement. C'est la traduction plastique de l'apragmatisme de ces malades. Numériquement nous avons trouvé les chiffres suivants par comparaison avec les séries normales :

Action et mouvement

Schizophrènes	:	7 % des tests
Série normale I	:	30
Série normale II	:	34 %

Dans ce cadre de l'action une place spéciale doit être faite aux indications d'agressivité : dessins de hache, de marteau, d'arbalète, etc.. De tels signes se trouvent parfois dans les tests de sujets normaux; sous réserve de recoupements grâce aux autres éléments du test, ou au contexte de l'examen, on admet en principe :

1 - que l'agressivité a un caractère plus ou moins primitif selon la nature du dessin qui l'évoque (un cuirassé ou une batterie de DCA étant les formes plus évoluées" qu'une hache ou un couteau de cuisine !);

2 - qu'exprimée en E l'agressivité relève plutôt des problèmes internes du sujet, exprimée dans la moitié droite de la feuille plutôt du domaine de son adaptation au milieu.

L'agressivité des schizophrènes est un fait clinique bien connu, ainsi que le caractère particulier de ses manifestations, soudaines et inopinées, non provoquées par le milieu (tel malade cassant brusquement, sans raison ni prodromes, une carafe sur la tête de son voisin de table, pour retomber aussitôt dans son indifférence). A cause de ce fait, le Dr. BOUCHARD nous a conseillé d'en étudier les manifestations dans le test. Notre enquête a donné les résultats numériques suivants (les chiffres de série I, résultant de nombres trop petits, figurent entre parenthèses) :

Aggressivité

	: Schizophrènes	: Série I :	Série II
	:	:	:
Aggressivité totale	: 19 %	: 11,5 %	: 19 % des tests
Aggressivité en E	: 15	: (5)	: 12,5
Aggressivité ailleurs	: 4	: (7)	: 7,5
% de la localisation en E	: 79	: (40)	: 60

On voit :

a) que l'agressivité moyenne ne semble pas plus grande chez nos schizophrènes que dans nos deux séries de comparaison; toutefois il faut tenir compte du fait que la majorité d'entre eux se trouvait, lors de la passation du test, sous médication neuroleptique (1);

b) qu'il semble y avoir (les faibles chiffres de deux de nos séries autorisent-ils à y voir une différence significative ?) une différence de localisation : l'agressivité étant évoquée dans la case E plus régulièrement chez le schizophrène que chez le sujet normal. Cela correspond bien à la particularité clinique notée ci-haut.

Contrairement à ce qu'on aurait pu présumer, les signes d'agressivité n'apparaissent pas plus fréquemment chez les paranoïdes que chez les autres schizophrènes. Quand au mode d'agressivité évoqué, nous n'avons pas trouvé qu'il soit, dans l'ensemble, notablement plus évolué chez les sujets normaux que chez nos schizophrènes.

d) Les idées

Les idées présentes dans les tests de nos schizophrènes sont, dans l'ensemble, remarquablement rares et pauvres. Nous n'en avons pas fait une étude spéciale. Par contre nous avons cherché systématiquement si les idées délirantes du sujet se traduisaient dans le test. ROGUES de FURSAC avait déjà opposé (2) les oeuvres des malades qui sont directement sous la dépendance des troubles mentaux de celles qui ne présentent pas de rapport avec la psychose, -- distinction reprise et approfondie par H. PRINZHORN (Réf. 16 a). Dans notre série le test appartient de façon quasi constante à la seconde catégorie : idées délirantes ou hallucinations n'y apparaissent pas.

(1) De même F. MINKOWSKA signale (Réf. 24, p. 26) la difficulté de mettre en évidence les caractères particuliers des réponses au Rorschach des épileptiques en traitement continu par la gardénal.

(2) Le texte est le suivant (Réf. 15, p. 275) : "Les dessins, de même que les autres productions artistiques des malades, n'ont pas tous la même valeur clinique. Schématiquement ils peuvent être répartis en deux grandes classes, suivant que l'idée qu'ils expriment est ou non sous la dépendance immédiate des troubles psychiques présentés par leur auteur. Qu'un persécuté dessine un paysage, c'est là une tentative artistique qui aboutira plus ou moins suivant le talent dont il dispose et qui, pour nous, n'a en somme que peu d'intérêt. Mais que ce même persécuté dessine une hallucination visuelle qu'il vient d'avoir, ce dessin constitue un document clinique de première importance. Nous passerons rapidement sur les productions artistiques de la première catégorie..." Nous espérons avoir montré qu'en 1963 il est permis d'être moins pessimiste sur l'intérêt que peuvent présenter des dessins que le malade n'inclut pas dans son système délirant ou hallucinatoire.

Nous citerons un exemple caractéristique : celui d'un schizophrène paranoïde au délire très actif. Son test (Fig. 45) ne contient aucune allusion à ses idées délirantes. Or, immédiatement après avoir passé le test, il nous a expliqué et a même accepté d'écrire comment il est Dieu parce qu'il possède la Vierge au milieu du front, un peu au-dessus de la racine du nez (à l'endroit où certaines mythologies placent le "troisième oeil", celui de la vue intérieure).

Le seul de nos malades qui ait véritablement inclus le test dans son délire est un paranoïde qui se croit inventeur de nouveaux types de moteurs pour tracteurs et avions, et que ses ennemis l'empêchent de faire admettre son invention. Dès l'abord du texte (Fig. 46) le motif rond de la case A a évoqué pour lui le tuyau d'échappement d'un tracteur vu par derrière : son test contient quatre tracteurs et trois avions.

Entre ces deux exemples extrêmes se placent les cas où le test suggère tout au plus la nature ou le fond affectif du thème délirant. Par exemple on ne sera pas étonné que le délire de l'auteur de la figure 44 (sur lequel il sera revenu plus loin) soit de nature mystique. L'intérêt du test est ici plutôt celui d'un test de personnalité. A ce titre il serait intéressant d'étudier systématiquement les rapports entre le délire et la structure de la personnalité révélée par le test.

LA STRUCTURE DES DESSINS

Après le contenu des dessins, i.e. la représentation qu'ils comportent, leur structure, i.e. l'étude de leurs formes, mérite une investigation spéciale (1).

Nous ne parlerons guère du trait, parce que tous les tests de notre série n'ont pas été tracés avec le même instrument (tantôt crayons, tantôt stylo à bille), ce qui rend les appréciations et comparaisons très aléatoires. Dans l'ensemble le trait, sans être tremblé, est mal assuré, plutôt léger (2) et peu rapide.

En ce qui concerne le tracé, la principale caractéristique qui se dégage de l'examen de l'ensemble de notre dossier est la pauvreté du dessin, qui a tendance à se réduire à quelques lignes simples, plus ou moins géométriques, sans ampleur ni enjolivures. Au degré maximum on a des dessins monolinéaires

-
- (1) La stéréotypie mise en évidence ci-haut à propos des associations du sujet d'un dessin à l'autre est déjà un élément de structure. Dans le présent paragraphe nous avons en vue la structure de chaque dessin considéré en lui-même.
 - (2) G. FERDIERE a signalé (Réf. 28) la propension des schizophrènes, lorsqu'on leur laisse le choix de l'outil scriptural, à utiliser des crayons à mine dure. La faible pression de leurs dessins, se manifestant par un trait léger, avait déjà été notée en 1934 par H. PFISTER (Réf. 17, p. 363-364).

(Fig. 33, 37, 32), dont les prototypes sont le manche de la pelle, le chemin ou la route du dessin 32. A un degré moindre les dessins sont bilinéaires, comme la pelle de 41 ou les rayons de la roue en 34 A. Rares sont les indications de spatiation telles que les oreilles du cheval 48 H : nous n'en avons trouvé que dans cinq tests sur cinquante; dans deux cas le relief est très bien indiqué mais, quoiqu'une dizaine de malades emploient l'ombrure, aucun n'a recours au clair-obscur (procédé pourtant connu des dessinateurs préhistoriques d'Altamira), ce qui confirme l'ancienne observation de FERDIERE (Réf. 19) que "le schizophrène ignore les ombres et les demi-teintes".

Cette pauvreté exprime, par définition, une déficience de l'imagination visuelle. Mais il y a plus. Nous croyons que ce caractère de dépouillement des dessins de schizophrènes s'explique fort bien à partir de la notion d'écriture maigre et simplifiée, telle que l'a précisée L. KLAGES (Réf. 51, p. 151-159). Klages oppose, dans l'étude des écritures, le "type en surface" au "type linéaire". Le premier comporte des boucles élargies et des traits épais, avec des formes enrichies et "pleines". Le second est caractérisé par des formes maigres, sans boucles, avec des traits minces et une tendance à la simplification. Les interprétations que donne Klages des formes maigres (selon le cas : pensée théorique, critique, aride; manque de don de représentation et d'intuition; schématisation, pauvreté intérieure) sont des traits de personnalité schizoïdes. A un degré de plus on a l'autisme pauvre de Minkowski, la tendance au rationalisme morbide, ou à la déréification.

Transposée dans le domaine du dessin cette opposition est celle qu'a dressée F. MINKOWSKA (Réf. 24) entre les dessins de type rationnel et de type sensoriel. Mme Minkowska a fondé d'abord son opposition sur des différences de types de réponse au test de Rorschach, qu'elle a ensuite constatées dans les dessins, même dans des dessins d'enfants de 4 à 6 ans. Ces oppositions entre dessins de type rationnel ou sensoriel, d'une part, et écritures de type linéaire ou en surface, de l'autre, recouvrent la même réalité. Cela est confirmé par des études ultérieures qui ont précisé l'unicité fondamentale du dessin et de l'écriture à partir de leur point de départ commun, le gribouillis enfantin : ainsi M. BERNSON (Réf. 62, p. 15) a mis en évidence la tendance au type linéaire-rationnel ou au type sensoriel dès l'âge de deux à trois ans.

Il y a là une caractéristique littéralement psycho-motrice, en ce sens qu'elle caractérise en même temps le psychisme et le geste. Dans les récentes éditions de son livre "Körperbau und Charakter" E. KRETSCHEMER (Réf. 61, p. 303-309) cite des travaux d'EMKE sur la psychomotricité comparée des constitutions kretschmériennes, et la notion de ce double aspect psychique et moteur est la base même de la graphologie clinique de J. CREPIEUX-JAMIN (Réf. 50 et 54). Du point de vue moteur nos dessins linéaires reflètent, par la pauvreté du mouvement et la raideur, la tendance à la catatonie. Du point de vue psychologique la linéarité schématisante exprime le rationalisme morbide : plusieurs de nos tests (fig. 47, par exemple), comme les "signes idéographiques" cités à la fin du travail de BENOISTON, MOUZET et TANGUY (Réf. 38), se situent à mi-chemin entre les dessins dépouillés au maximum du sujet normal de tempérament harmonique ou rythmique, et les "néographismes" quasi hiéroglyphiques, homologues plastiques du langage hermétique de certains schizophrènes (Réf. 39, p. 64-74). La dissociation schizophrénique s'inscrit même parfois dans la structure propre du dessin, spécialement dans la case E. Les chiffres montrent ce signe de façon beaucoup plus fréquente chez le schizophrène que chez le sujet normal (où il est relativement plus fréquent chez les sujets de sang AB) :

Dessin dissocié en E

Schizophrènes	:	17 % des tests
Série normale I	:	
Série normale II	:	1,7

L'apparition de la dissociation dans le dessin est, comme on voit, hautement évocatrice mais très inconstante : exactement comme pour l'arbre de KOCH (Réf. 67, p. 216) : "il est naturel de voir dans un arbre fendu (gespalten) l'oeuvre d'un schizophrène, mais par malheur le schizophrène suivant dessinera un arbre différent, bien qu'il soit lui aussi dissocié (gespalten)".

Nous avons trouvé que la tendance au dessin linéaire pauvre est nettement plus accentuée chez nos schizophrènes simples ou hébéphréno-catatoniques que chez nos paranoïdes. Si on voulait jauger la richesse de leur imagination visuelle par rapport aux barèmes des sujets normaux les trois quarts des non-paranoïdes se situeraient dans le dernier décile; et des paranoïdes dans les deux derniers (il y aurait lieu d'ajouter un décile si on convenait de se référer à un étalonnage effectué sur un milieu social très bas, comprenant un grand nombre de manoeuvres et de journaliers).

Nos faibles chiffres n'autorisent à conclure à rien de certainement significatif. Nous notons seulement que nos deux séries s'opposent par trois traits dont chacun contribue à expliquer la tendance constatée :

	:	Schizophrènes simples	:	Schizophrènes paranoïdes
	:	et hébéphréno-	:	et psychoses schizo-
	:	catatoniques	:	affectives
	:		:	
Dominante clinique	:	Autisme pauvre	:	Délire
	:	Catatonie	:	
	:		:	
Groupe sanguin	:		:	
dominant	:	A	:	A puis O
	:		:	
Niveau socio-	:		:	
culturel	:	bas	:	moyen
	:		:	

Dans cet ordre d'idées le test de Wartegg peut sans doute aider à apporter des éléments d'information pour l'étude des relations entre la variété clinique de maladie et la structure de la personnalité du sujet.

En conclusion : si l'étude du contenu des dessins relève plutôt de considérations de symbolisme et de la psychanalyse, l'étude des formes relève essentiellement d'une psychopathologie structurale. De ce point de vue il y a une analogie profonde entre les tests de Wartegg et de Rorschach. Dès 1949 MM. MINKOWSKA écrivait (réf. 24, p. 47) : "tous les enfants dont nous montrons les dessins ont été préalablement soumis au test de Rorschach. Les

résultats des tests sont superposables aux caractéristiques des dessins". Et G. FERDIERE notait deux ans plus tard (Réf. 28) : "les mots (coupé, séparé, divisé, partagé, déchiqueté, rongé, détruit, dissous, ...) qui viennent aux lèvres du schizophrène en face des planches du psychodiagnostic sont justement ceux-là même qui viennent aux lèvres du psychopathe ou critique en face des productions du schizophrène". C'est dire qu'une comparaison approfondie des données des tests de Rorschach et de Wartegg semble très prometteuse. Dans cette comparaison entre les deux tests il y a lieu de faire aussi entrer en ligne de compte des éléments proprement techniques : le test de Wartegg a l'inconvénient d'être peu adapté aux sujets très malhabiles en dessin; mais inversement il est plus facile à administrer que le Rorschach, puisque son exécution peut être surveillée par du personnel non psychologue et peut s'effectuer en groupe, et en outre le classement dans le dossier du patient, en vue de rapides révisions ultérieures, est plus facile pour une feuille des huit dessins remplie que pour un protocole de Rorschach. L. BAUER (Réf. 11) l'écrivait déjà en 1952 : "Cela nous paraît un gros avantage par rapport au test de Szeno ou à l'épreuve d'interprétation des formes de Rorschach, pour laquelle on est réduit au compte-rendu plus ou moins exact du premier observateur. Au contraire il est facile de fixer la feuille du test de Wartegg au dossier du malade, et on peut le contrôler à tout moment : il devient simple de comparer plusieurs performances en plaçant à côté les diverses feuilles. On n'est pas obligé de procéder immédiatement au dépouillement, qu'on peut reporter à un moment quelconque".

EVOLUTION AVEC LA MALADIE :

Lorsque la maladie évolue, le test révèle fidèlement la courbe d'évolution de la psychose.

La comparaison des deux tests de la figure 33, passés à plusieurs semaines d'intervalle, confirme la stationarité de l'état du patient. Au contraire, si on compare les deux tests de la figure 48, on note du premier au second une nette amélioration. Il s'agit d'un hébéphrène de 22 ans, hospitalisé à la fin de janvier 1963 pour la seconde poussée de sa maladie (une première poussée, ayant nécessité une hospitalisation en 1955-56, avait régressée, permettant une vie subnormale) avec apragmatisme total, "jonglerie" (en canadien-français: rêverie sombre et farouchement solitaire), discordance et désorientation. Le premier test, passé en février, présente d'importants signes de morbidité : rejet de E, pauvreté du dessin avec schématisation presque partout linéaire, représentations humaines réduites à un contour ou inquiétante. Le second, passé à la fin de mars, montre une nette diminution de ces signes : sont apparus la spatialisation et le mouvement, même de l'agressivité (B, D). De fait l'état clinique du patient s'était amélioré de façon spectaculaire. On commençait à songer à le libérer lorsqu'il s'évada de l'hôpital à la poursuite d'une "minoune" !

La comparaison des trois tests 44 et 43 (ces deux derniers dus à l'obligeance Dr. BOUCHARD) est encore plus significative, il s'agit d'un sujet né en 1935, ayant fait des études universitaires, et dont le père, professeur d'Université, est également schizophrène. Ses troubles ont commencé à l'âge de 17 ans, la maladie a été diagnostiquée à 18 ans et a nécessité quatre hos-

pitalisations. A chaque poussée il présente un délire polymorphe avec idées mystiques et d'influence, et discordance idéo-affective. Le premier test 43 a été exécuté à l'entrée de la dernière hospitalisation; on y note des représentations humaines inquiétantes, que nous avons étudiées ci-haut, et deux allusions à la nature du délire. Le second, exécuté peu après, à l'acmé de la poussée, est encore plus pathologique avec échoplastie, itération par contamination, anidéisme (au moins pour certaines cases), monolinéarité et dissociation en E et F. La figure 44 montre la spectaculaire amélioration survenue lors de la régression de la poussée. Les signes suspects de morbidité sont encore multiples, mais leur intensité est très discrète : petites discordantes dans une face humaine, représentations d'astres avec un soleil mort, schématisme linéaire (mais atténué et coexistant avec des ombrures et une bonne spatialisation), anomalie d'orientation spatiale en F (1), peut-être signes de régression orale en E; les dessins B, C et D sont des allusions au délire, devenu infiniment moins actif. En définitive, le parallélisme grapho-clinique est aussi parfait que dans l'exemple saisissant récemment publié par BENOISTON, MOUZEFF et TANGUY (Réf. 38).

Cet aspect du test -- l'indication fidèle de l'évolution de la maladie -- semble l'un des plus intéressants, et il vaudrait la peine d'en poursuivre l'investigation systématique sur de longues séries avec confrontation avec la clinique (2). Des observations de cet ordre ont déjà été entreprises à Lima par S.M. LUZA (Réf. 12) et à Québec par BOUCHARD, BOURGOIN et PETITCLERC (Réf. 14). Les résultats obtenus confèrent d'ores et déjà au test une valeur pronostique très grande; le Dr. Bouchard nous a même indiqué qu'il lui est arrivé de se fonder sur le résultat du test pour décider s'il devait autoriser la sortie d'un malade, et qu'il s'en est chaque fois bien trouvé.

L'intérêt des séries est du reste général en ces matières. Dès 1909 MEIGE (cité par VOLMAT, Réf. 32, p. 140) notait : "On peut suivre dans leurs oeuvres, comme sur un graphique, les oscillations et les progrès de la psychose". Plus récemment les graphologues, notamment les graphologues français J. CREPIEUX-JAMIN (Réf. 54) et A. LECERF (Réf. 21, p. 179-181), ont insisté sur la nécessité, pour l'étude des écritures pathologiques, d'"opérer comparativement, sur plusieurs documents provenant du même individu à des époques échelonnées". Cette formule est d'André LECERF, qui a publié (Réf. 21, p. 223-224 et Réf. 56, p. 72-85) des spécimens successifs de l'écriture d'un sujet à plusieurs années d'intervalle, mettant en évidence comment l'écriture reflète le développement ou, en cas de maladie, les régressions du scripteur. De même Ania TEILLARD (Réf. 52, p. 36-42) a montré les changements de l'écriture d'un sujet au cours d'un traitement psychanalytique. Enfin S. PRIVAT (Réf. 36) a mis en évidence l'intérêt surtout pronostique de la graphologie en psychiatrie, par l'étude de l'évolution de l'écriture dans le temps, qui peut donner des renseignements meilleurs que l'examen clinique.

-
- (1) Le patient n'a pas tourné sa feuille pendant le test, a donc dessiné vertical le niveau de l'huile. Son attention attirée sur ce point, il a simplement manifesté le désir de le rendre un peu oblique.
 - (2) D'autres variantes du matériel de test, tel que proposées par BIEDMA et d'ALFONSO (Réf. 5), peuvent trouver ici leur utilité.

Ces questions méritent, à notre sens, d'être précisées par une étude approfondie comparant du point de vue pronostique les données cliniques, l'écriture, le test de Wartegg et d'autres tests. Les seuls travaux effectués dans cet esprit sont, à notre connaissance, les études d'A. TEILLARD, qui note que "d'une façon générale, la transformation d'un graphisme vient après celle du scripteur, mais il y a des cas où des transformations futures, non encore réalisées dans le comportement, se manifestent à l'avance dans l'écriture", et le travail de L. ZUCKER (cite en Réf. 35, p. 604) qui tend à donner l'avantage, de ce point de vue, aux dessins sur les autres tests.

CONCLUSIONS

A) RESULTATS OBTENUS

Le test de Wartegg permet d'explorer les divers aspects du syndrome schizophrénique.

1) Syndrome de dissociation

- a) Les troubles du cours de la pensée et du champ de la conscience (affaiblissement dynamique de la pensée) s'expriment dans le test par les associations par contamination avec itération, et par la fréquence des rejets.
- b) Les troubles du langage écrit et l'altération du système logique (abstraction formelle) s'inscrivent dans la structure des dessins, notamment leur schématisation linéaire.
- c) Dans les discordances et l'akinétisme des représentations vivantes apparaissent la désorganisation de la vie affective et l'apragmatisme; dans la localisation fréquente en case E, l'agressivité instinctuelle, indépendante du milieu extérieur.
- d) La discordance psychomotrice (élément catatonique) s'exprime par la pauvreté des dessins, leur akinétisme et la tendance à la stéréotypie.

2) Le délire, l'autisme

- a) Le vécu délirant : l'expérience d'étrangeté avec altérations de l'expérience corporelle (jusqu'à la dépersonnalisation) s'inscrit dans les discordances, l'aspect fantomatique et inquiétant des visages, et leur absence de séparation de l'espace qui les entoure.
- b) L'autisme : le degré et les modes de l'"anéantissement du monde des objets" se traduit fidèlement par la non-intégration plus ou moins accentuée de certaines, ou de toutes les amorces.

B) SUGGESTIONS POUR LES TRAVAUX ULTERIEURS

Il est dans notre intention de poursuivre cette étude dans les directions suivantes :

1) Schizophrénie confirmée :

- Allonger notre série en recueillant des tests de nombreux autres schizophrènes avérés, centrant notre travail sur trois points :
- l'étude plus poussée des représentations humaines;
 - les formes cliniques de la maladie dans leur relation avec les données du test, considéré comme test de personnalité;
 - les variations du test avec l'évolution de la psychose; sa valeur pronostique.

Comparer systématiquement les données du test de Wartegg avec celles d'autres tests et de l'écriture.

2) Autres affections :

Dans la mesure du possible, préciser le problème du diagnostic par rapport à d'autres troubles mentaux.

Une fois plus avancée l'étude du test dans le cas de psychoses confirmées, nous appuyer sur cette base pour étudier les cas-limite tels que : réactions schizophréniques, diagnostics incertains entre une névrose et une schizophrénie incipiens.

Notre but final est de tâcher de faire du test de Wartegg un outil pratique d'intérêt diagnostique et pronostique. A cet égard il doit se comparer notamment au test de Rorschach, sur lequel il présente l'avantage d'une plus grande commodité d'administration et de classement du protocole.

R E M E R C I E M E N T S

Ce nous est, en terminant, un bien agréable devoir de remercier tous ceux qui nous ont aidé dans la préparation de la présente étude.

Elle dérive directement de l'enseignement de nos maîtres en graphologie, M. André LECERF et Mme. Ania TEILLARD, qui nous ont révélé l'intérêt passionnant de l'étude de la personnalité à travers le geste graphique.

A Paris, Mme. Léone BOURDEL nous a initié à ses travaux de psychobiologie, et en particulier au maniement du test des huit dessins, puis a bien voulu relire notre travail et nous faire bénéficier de ses observations.

M. le professeur Pierre PICHOT a bien voulu prendre connaissance de notre travail, nous faire part de ses observations et critiques, et nous procurer des références bibliographiques que nous n'avions pu trouver. Le professeur J. DELAY a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

A Québec, le Dr. Georges LARUE nous a encouragé à entreprendre cette étude, et a favorisé de façon décisive son exécution par l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé à l'hôpital Saint-Michel-Archange, et par ses constants encouragements.

Nous désirons remercier également les médecins de son service : les Drs. Jules LAMBERT et Normand PLANTE, et plus particulièrement le Dr. Marcel BOUCHARD, qui a suivi notre travail avec bienveillance, et dont les conseils nous ont fait bénéficier de sa grande expérience. Nous ne voulons pas oublier Mère Saint-ANTONY, bibliothécaire de l'hôpital, dont l'aide et le dévouement nous ont été un secours inappréciable pour l'aspect bibliographique de notre travail.

M. Réjean LOISEL, externe à l'Hôtel-Dieu de Québec, nous a fourni une série comparative en soumettant au test ses malades de médecine générale.

Enfin, "last but not least", nous désirons remercier de leur coopération tous les malades qui, en acceptant de se soumettre au test, ont rendu possible le présent travail.

Vu, le Président de Thèse :
Professeur Jean DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Nota : Nous avons marqué d'un astérisque (*) les travaux que nous n'avons pu nous procurer à Paris ni à Québec, et indiqué les références où ils sont analysés.

A) REFERENCES SUR LE TEST DE WARTEGG EN GENERAL

- *1 - E. WARTEGG, "Gestaltung und Charakter : Ausdrucksdeutung zeichnerischer Gestaltung und Entwurf einer charakterologischer Typologie", Z. Angew. Psychol. u. Charakterkunde, Beiheft 84 (Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1939, 261 p.), analysé dans les références 2, 3 et 55 (p. 188-189).
- 2 - G.M. KINGET, The Drawing-Completion Test (Grune and Stratton, New York 1952, 238 p.).
- 3 - H. LOSSEN et G. SCHOTT, "Gestaltung und Verlaufsdynamik : Versuch einer prozessualen Analyse des Warteggzeichentestes", Studien zur diagnostischen Psychologie, Heft 1 (Institut für Psycho-Hygiene, Biel 1952, 68 p.).
- *4 - E. WARTEGG, Schichtdiagnostik : der Zeichentest (Göttingen 1953), cité dans la référence 4, p. 139.
- 5 - C. BIEDMA et P. d'ALFONSO, Le langage du dessin : test de Wartegg-Biedma (Delachaux et Niestlé, Neufchâtel 1955, 142 p.).
- 6 - G.M. KINGET, "The Drawing Completion Test" in E. HAMMER (ed.), The Clinical Application of Projective Drawings (Charles C. Thomas, Springfield 1958, 663 p.), p. 344-364.

Quelques tests de Wartegg sont en outre reproduits dans les publications suivantes :

- 7 - Revue Ciba n° 84 : le Test psychologique (Cie. Ciba, Bâle 1952).
- 8 - Léone BOURDEL, Sangs et tempéraments (Fayard, Paris 1962).

Il est enfin question du test de Wartegg dans :

- 9 - E. HEIDGERT, "Research in Drawing Techniques", in E. HAMMER (ed.), The Clinical Application of Projective Drawings (Charles C. Thomas, Springfield 1958, 663 p.), p. 483-507.

B) REFERENCES SUR LE TEST DE WARTEGG EN PSYCHIATRIE

- 10 - W. PFEIFFER, "Der Zeichentest nach Wartegg in der psychiatrischen Diagnostik", Arch. für Psychiatrie, 187 (268-290), 1951.
- 11 - L. BAUER, "Erfahrungen mit dem Wartegg Test auf unserer Kinderstation", Nervenarzt, 23 (52-55), 1952.
- 12 - S.M. LUZA, "La prueba de Wartegg en la esquizofrenia", Rev. neuro-psiquiat., 17 (162-194), 1954.
- 13 - H. ROST, "Wartegg-Zeichentest-Untersuchungen bei Schizophrenen", Arch. für Psychol. u. Zeitschr. Neurologie, 189:3 (251-278), 1952.
- 14 - M. BOUCHARD, L. BOURGOIN et R. PETITCLERC, "Observations sur le test de Wartegg chez des schizophrènes et des délirants chroniques", Laval Médical, 26:5 (657-685), 1958.

C) REFERENCES SUR LES PRODUCTIONS GRAPHIQUES DES MALADES MENTAUX

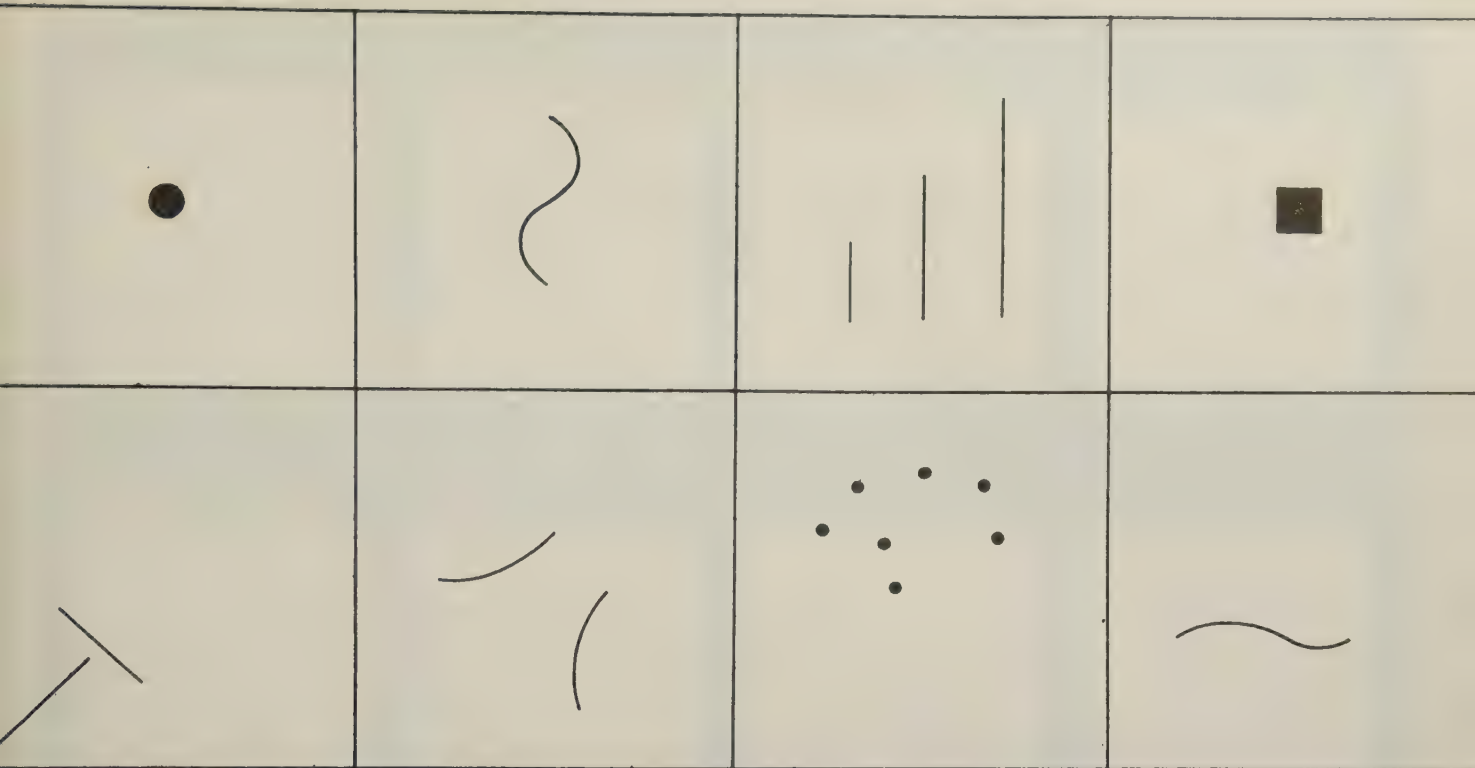
- 15 - J. ROGUES de FURSAC, Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales (Masson, Paris 1905, 307 p.).
- 16 - H. PRINZHORN, "Gibt es schizophrene Gestaltungsmerkmale in der Bildnerie der Geisteskranken ?", Schweiz. Arch. für Neurol. u. Psychiatrie, 10 (320-321), 1922.
- * 16 a - H. PRINZHORN, Bildnerie der Geisteskranken (Springer, Berlin 1922, 361 p.), analysé dans la référence 22, p. 23-30.
- 17 - H.O. PFISTER, "Farbe und Bewegung in der Zeichnung Geisteskranker", Schweiz. Arch. Neurol. u. Psychiatrie 34 (325-365), 1934.
- 18 - E. GUTMAN et W.S. MACLAY, "Clinical observations on schizophrenic drawings", Brit. J. Med. Psychol., 1937 (16), p. 184-205.
- 19 - G. FERDIERE, "Les dessins schizophréniques, leurs stéréotypies", Ann. méd-psychol. 105:I (95-100), 1947.
- 20 - G. FERDIERE, "Introduction à la recherche d'un style dans le dessin des schizophrènes", ibid. 105:II (34-43), 1947.
- 21 - A. LECERF, Cours supérieur de Graphologie (Dangles, Paris 1947, 254 p.).
- 22 - H. EY, "La psychiatrie devant le surréalisme", Evol. Psychiat., 1948 (3), p. 3-52.
- 23 - G. FERDIERE, "Le style des dessins schizophréniques", Ann. méd.psychol., 106:I (430-433 et 434-437), 1948.
- 24 - F. MINKOWSKA, De Van Gogh et Seurat aux dessins d'enfants (Presses du temps présent, Paris 1949, 152 p.).

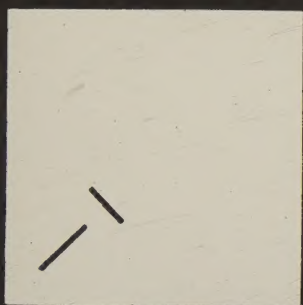
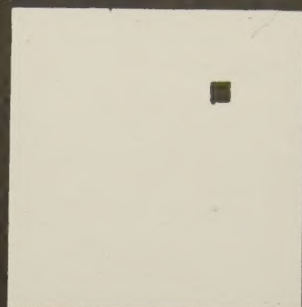
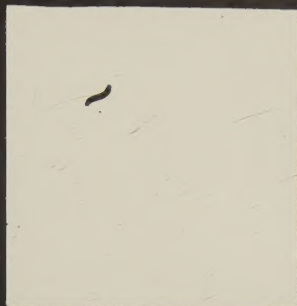
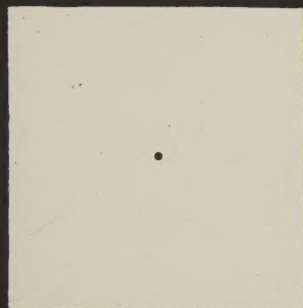
- 25 - F. STONESIFER, "A Goodenough scale evaluation of human figures drawn by schizophrenic and non psychotic adults", J. Clin. Psychol., 5 (396-398), 1949.
- 26 - M. NAUMBURG, Schizophrenic art : its Meaning in Psychotherapy (Grune and Stratton, New-York 1950, 247 p.).
- 27 - J. VINCHON, L'art et la folie (Stock, Paris 1950, 270 p.).
- 28 - G. FERDIERE, "Le dessinateur schizophrène", L'évolution psychiatrique, p. 215-230, janvier-mars 1951.
- 29 - H. BARUK, J. LAUNAY, A. MEYER et J. ROLAND, "Action de la maladie mentale sur la création et la désorganisation artistique. Rôle de la personnalité profonde. Intérêt thérapeutique de la peinture et du dessin", Ann. méd-psychol., 1952:2, p. 695-698.
- 30 - E.F. HAMMER, "The role of the H-T-P in the prognostic battery", J. Clin. Psychol., 9 (371-374), 1952.
- 31 - I. JAKAB, Dessins et peintures des aliénés (Acad. hongroise des sciences, Budapest 1956, 148 p.).
- 32 - R. VOIMAT, L'art psychopathologique (Presses Universitaires, Paris 1956, 325 p.).
- 33 - S. LEVY, "Projective Figure Drawing", in E. HAMMER (ed.), The Clinical Application of Projective Drawings (Charles Thomas, Springfield 1958, 663 p.) p. 104-112.
- 34 - E. HAMMER, "Recent Variations of the Projective Drawing Techniques", ibid., p. 391-438.
- 35 - E. HAMMER, "Areas of Special Advance for Projective Drawings", ibid. p. 599-619.
- 36 - S. PRIVAT, "Contribution de la graphologie à l'étude des psychoses aux points de vue du diagnostic et du pronostic", Journées graphologiques internationales (Sté. de Graphologie, Paris 1959, 289 p.), p. 223-243.
- 37 - A. ROUAULT de la VIGNE, "Débile ou schizophrène ? Ses peintures, son narcissisme", Sem. des Hôp., 35 (3503-3510), 1959.
- 38 - J.E. BENOISTON, C. MOUZET et M. TANGUY, "Du trouble mental à l'expression plastique : contenu sémiologique et corrélations évolutives", Ann. méd-psychol. II (2), p. 193-230, juil. 1962.
- 39 - J. BOBON, Psychopathologie de l'expression (Masson, Paris 1962, 108 p.).
- 40 - J.A. MONTAGUE, "Spontaneous drawings of the Human Form in Childhood Schizophrenia", in H. and G. ANDERSON (ed.), An Introduction to Projective Techniques (Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 7è imp. 1962, 720 p.), p. 370-385.

D) REFERENCES GENERALES

- 41 - E. KRAEPELIN, Dementia praecox and paraphrenia, trad. angl. par Barclay et Robertson (Livingstone, Edinbourg 1919, 331 p.).
- 42 - FL. GOODENOUGH, Measurement of intelligence by drawings (World Book Co., Chicago 1926, 177 p.).
- 43 - E. MINKOWSKI, La schizophrénie : psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes (Payot, Paris 1927, 268 p.).
- 44 - M. PULVER, Symbolik der Handschrift (Orell Füssli, Zurich 1931, 315 p.).
- 45 - P. CARTON, Diagnostic et conduite des tempéraments (P. Carton, Brévannes 1936, 192 p.).
- 46 - P. GUIRAUD, "Analyse du syndrome stéréotypie", L'Encéphale, XXXI (2), n° 4, p. 230-270, 1936.
- 47 - K.F. SCHAEER, Charakter, Blutgruppe und Konstitution (Rascher, Zurich 1941, 109 p.).
- 48 - E.A. BROWN et P.L. GOITEIN, "The significance of body image for personality assay", J. of Nerv. and Mental Disease, 97:4 (401-408), 1943.
- 49 - L. BOURDEL, "Sang, tempérament, travail et races", Jour. de la Soc. Statistique de Paris, 7/8 (162-178), juillet-août 1946.
- 50 - J. CREPIEUX-JAMIN, L'écriture et le caractère (11^è éd., Presses Universitaires, Paris 1947).
- 51 - L. KLAGES, Expression du caractère dans l'écriture (trad. de l'all., Delachaux et Niestlé, Neuchâtel 1947, 281 p.).
- 52 - A. TEILLARD, L'âme et l'écriture (Stock, Paris 1948, 274 p.).
- 53 - K. MACHOVER, Personality projection in the drawing of the human figure (Charles Thomas, Springfield 1949, 181 p.).
- 54 - J. CREPIEUX-JAMIN, ABC de la graphologie (Presses Universitaires, Paris, 2^è éd., 1950).
- 55 - P. PICHOT, Les tests mentaux en psychiatrie, t. I : Instruments et méthodes (Presses Universitaires, Paris 1949, 238 p.).
- 56 - A. LECERF et G. MIALARET, L'écriture et la connaissance des enfants (Bourrellier, Paris 1951, 89 p.).
- 57 - C.G. JUNG, Symbole der Wandlung (Rascher, Zurich, 2^è éd. 1952, 821 p.).
- 58 - J. GENEVAY, "Etude psychosociologique d'une communauté internationale d'enfants", Rapport UNESCO (déc. 1953, 283 p.).

- 59 - N. CAMERON, "Experimental Analysis of Schizophrenic Thinking", dans J.S. KASANIN, Language and Thought in Schizophrenia (Univ. of California Press, Berkeley, 4^e éd. 1954) p. 50-64.
- 60 - D. HENDERSON et R.D. GILLESPIE, Manuel de Psychiatrie, tome I (trad. de l'angl., Presses Universitaires, Paris 1955, 391 p.).
- 61 - E. KRETSCHMER, Körperbau und Charakter (Springer, Berlin, 21^e éd. 1955, 444 p.).
- 62 - M. BERNSON, Du gribouillis au dessin (Delachaux et Niestlé, Neufchâtel 1957, 88 p.).
- 63 - L. BOURDEL, Groupes sanguins et tempéraments (Maloine, Paris 1960, 193 p.).
- 64 - L. BOURDEL, Les tempéraments psychobiologiques (Maloine, Paris 1961, 206 p.).
- * 65 - J.B. PARKER, A. THEILLE et C.D. SPIELBERGER, "Fréquence des groupes sanguins dans un groupe homogène de maniaco-dépressifs", J. of Mental Sci., 107:450 (936-942), 1961, analysé dans Ann. méd-psychol. 1962, p. 423.
- 66 - J. DELAY et P. PICHOT, Abrégé de psychologie (Masson, Paris 1962, 489 p.).
- 67 - K. KOCH, Der Baumtest (Huber, Berne, 3^e éd. 1962, 258 p.).







**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS-V.

Téléphone : ODÉon 58-94